317

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juin 1907, à 1 heure

Par G. JOUBERT

Né à Beaufort (Maine-et-Loire) le 17 Mars 1882

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

AU

COURS DE LA GROSSESSE COMPLIQUÉE DE FIBROME

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges : MM. JOFFROY et HUTINEL, *professeurs.*
DEMELIN, *agrégé.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Cl. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDÉAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MARTIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PROFESSEUR SUPPLÉANT. CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

A quelque opinion qu'on se range au sujet des rapports de la fibromatose utérine et de la conception, les faits en nous montrant la fréquence relative de leur coexistence, soulèvent une série de problèmes pratiques.

Après avoir établi le diagnostic, ce qui ne sera pas toujours sans difficulté, le médecin devra se demander quels risques la présence de la tumeur fait courir à la mère et à l'enfant ; il devra agir en connaissance de cause ; et, si pendant la grossesse le cas n'a pas été résolu par une intervention active, ce problème se reposera aussi inquiétant au moment du travail.

C'est une des faces de cette question dont l'intérêt pratique est si immédiat que nous voudrions étudier en nous plaçant exclusivement sur le terrain clinique, et sans avoir la présomption de vouloir apporter une solution rigoureuse et univoque dans un sujet aussi complexe.

Les accidents observés pendant la grossesse ou même ceux dont la femme est menacée, soit pendant

le travail, soit pendant les suites de couches, sont-ils suffisants pour justifier une intervention préventive ou seulement précoce ?

Si l'on croit devoir agir pendant la grossesse (et les moins interventionnistes en reconnaissent des indications formelles) à quelle méthode chirurgicale doit-on donner la préférence ?

Mais avant d'aborder cette discussion, il nous faut débuter par un exposé des faits, aussi général que possible, dans le but d'éviter cette tendance que Thumim reproche aux cliniciens: d'emporter une opinion trop optimiste ou trop pessimiste des cas favorables ou défavorables qui leur sont personnels.

Il importe donc avant tout de connaître la nature, le degré d'intensité et de fréquence des phénomènes anormaux qui peuvent se présenter.

CHAPITRE PREMIER

Des accidents que peut présenter la grossesse fibromateuse depuis la conception jusqu'à la fin de la puerpéralité.

A. — Au cours de la gravidité.

Les accidents observés au cours de la gravidité dans l'utérus fibromyomateux peuvent se ranger en deux catégories, suivant que l'on envisage les dangers que la tumeur par sa seule présence fait courir immédiatement à la mère ; ou au contraire la répercussion qu'elle peut avoir sur l'évolution de l'œuf et secondairement sur la santé maternelle. Selon le point de vue on dira que la grosseur complique la tumeur, ou que la tumeur complique la grossesse. L'une et l'autre de ces propositions, également vraies, doit être développée.

I. — *Influence de la Grossesse sur l'Évolution du Fibromyome.*

D'une façon générale la grossesse n'est pas pour le fibrome une cause de complications particulières ne

leur nature. Toutes peuvent s'observer chez des femmes non gravides, porteuses de fibromes. Mais elle tend à les rendre plus fréquentes et plus graves, ce qui est fort naturel puisqu'elle détermine des modifications dans la nutrition de l'utérus, et que le volume de la tumeur physiologique vient s'ajouter comme cause de compression et de troubles réflexes à celui de la tumeur pathologique.

***

Du fait de la grossesse les fibromes, comme le tissu utérin, subissent dans leur STRUCTURE des modifications importantes qui sont de nature à réagir à leur tour sur la gravidité et la parturition.

Etudiées par Doléris, Cornil, elles se manifestent surtout par deux phénomènes qui heureusement se neutralisent dans une certaine mesure.

C'est d'abord l'*accroissement* de volume dont les caractéristiques sont d'être rapide et souvent transitoire. Il est dû en majeure partie à une infiltration œdémateuse, subsidiairement à l'hypertrophie musculaire (Cornil) ou à l'hyperplasie conjonctive (Doléris).

Il se manifeste quelquefois avec une rapidité remarquable. Cameron (cité par Wertheim) a vu une femme qui, porteuse d'un myome, auparavant gros comme une noix, présentait au cinquième mois un abdomen aussi volumineux que celui d'une femme à terme.

Une malade de Gutierrez voit quelques nodosités, jusque-là bien tolérées, remplir au quatrième mois la

fosse iliaque et une partie de l'hypocondre droit, l'excavation. A terme les deux fibromes principaux pesaient 3.387 grammes.

Dans ce cas, comme dans l'autre analogue du même auteur, les fibromes purent être supportés jusqu'au terme où l'on fit l'hystérectomie abdominale totale pour prévenir la dystocie imminente.

Habituelle, même en cas d'accroissement marqué, cette tolérance n'est pas assurée. La marche lente mais progressive de l'accroissement peut causer des troubles de nature et d'intensité variables.

Indépendamment de la compression pelvienne et de l'irritation péritonéale, ils ressortissent à la *compression générale.* Les plus habituels et les plus bénins sont : l'ampliation exagérée du ventre, pouvant aller jusqu'à gêner la marche ; la douleur, la dyspnée, dues soit à la compression, soit à un phénomène réflexe comme le veut Bæcker.

A un degré plus élevé, ces troubles ont une répercussion sur l'état général : facies, nutrition, etc.

En voici des exemples (voy. obs. XXXIII):

Obs. I (*résumée*). — Routier (*Soc. chir.*, 1902).

Femme enceinte de quatre mois. Sent tout à coup se développer dans son ventre une énorme tumeur ; elle étouffe du fait de la compression du diaphragme.

Myomectomie. — Fibrome de 2.500 grammes, réniforme qui avait dû se déplacer brusquement et s'était arcbouté d'une part

contre le pubis et l'utérus gravide, d'autre part contre le diaphragme. Guérison. L'utérus prend aussitôt un développement marqué.

La grossesse a continué.

Dans le cas de Terrier, l'indication opératoire fut tirée du volume de la tumeur, rendant la marche impossible.

Obs. II (*résumée*). — Terrier (in *th.* Zaborowsei).

I-pare de 33 ans, porteuse depuis 8 mois d'une tumeur abdominale. Elle devient enceinte et au cinquième mois son ventre est assez gros pour l'empêcher de marcher.

Ablation d'un fibrome de 3500 grammes. Guérison. Accouchement à terme d'un enfant vivant de 3 kil. 960 grammes.

L'utérus contenait encore un fibrome du volume d'une mandarine au niveau du ligament large ; un autre gros comme une noix au sommet.

Les faits de ce genre sont nombreux. Dans les observations on trouve ces troubles naturellement mêlés à ceux de la compression pelvienne, de l'état général. C'est cet ensemble qui détermina l'intervention de Quénu (Soc. chir., 1902).

Il s'est trouvé au contraire des fibromes qui n'ont causé de troubles que dans les derniers mois de la grossesse. Ce sont surtout des tumeurs du col, qui d'après Chahbazian ne prennent leur grand développement que vers le sixième mois :

Obs. III (*résumée*). — Bæcker, 3 (*Cent. für. gyn.*, 1902).

I-pare 40 ans. Dernières règles fin août 1900.

Depuis ce temps douleurs dans le bas-ventre, accroissement uniforme de volume. La douleur s'accroît ; gêne respiratoire.

Fibrome irrégulier, dur, du volume d'une tête d'homme, qui repose sur le détroit supérieur et remplit l'hypogastre droit. Col comprimé sur le pubis gauche ; cul-de-sac droit empli par une tumeur qui sans pédicule appréciable se continue avec le col.

Diagnostic : *Fibromyome du col, grossesse de sept mois.*

Mère de trois enfants vivants, la malade effrayée par l'accroissement, l'amaigrissement, la gêne respiratoire, réclame l'intervention.

11 mars 1901. — Laparotomie. Énucléation de la tumeur qui s'est développée au-dessous du péritonite dans le tissu conjonctif. *Hystérectomie sus-vaginale.*

Mort de péritonite purulente.

Après le sixième mois les fibromes du corps sont généralement tolérés grâce à l'accoutumance, au ramollissement, à l'arrêt de leur développement. On connaît cependant des exemples où les troubles ont pris leur plus grande acuité vers la fin de la grossesse. Il s'agit de fibromes à développement lent mais considérable, qui finissent par former avec l'utérus gravide une masse intolérable.

Obs. IV (résumée). — Dolléris (Th. Turner, 1900), n° 5.

40 ans. Trois grossesses normales. Elle n'a cessé de souffrir depuis le début de sa grossesse. Elle a maigri, ne peut dormir ni s'alimenter. Malgré un repos de huit jours, les symptômes s'aggravent ; douleur intolérable malgré la morphine ; aliments rendus ; facies jaunâtre, émacié ; constipation persistante.

Vers 7 mois 1/2, la tumeur atteignait les fausses côtes. On doit opérer. On trouve l'excavation vide ; dans le ventre, un fibrome intramural de 1.510 grammes, ramolli par des hémorragies interstitielles, ce qui expliquait l'accroissement rapide et les violentes douleurs.

Porro. Guérison de la mère. Mort de l'enfant.

Dans d'autres cas, heureusement rares, le développement prend une marche suraiguë. La tumeur acquiert en peu de temps un volume formidable au point d'être un danger imminent par sa répercussion sur l'état général.

C'est ce que M. le professeur Pozzi a appelé la *Marche galopante*. Si le diagnostic de grossesse concomitante n'est pas fait, et même si l'on y pense, cette évolution aiguë fait souvent croire à la présence de tumeur maligne.

Ces volumineux fibromes, par des processus multiples, réagissent sur tous les appareils. Compression, refoulement de l'intestin ; troubles péritonéaux, réflexes ou irritatifs (vomissements, etc.), troubles mécaniques

ou réflexes de l'appareil cardiopulmonaire : refoulement du diaphragme, congestion ou œdème des bases pulmonaires. De là des symptômes de dyspnée, d'étouffement qu'accroît encore le surmenage du cœur avec son cortège : palpitations, œdèmes locaux, plaques de stase veineuse ; aboutissant même, d'après les Allemands, à la dégénérescence de la fibre cardiaque (Hofmeier), albuminurie fréquente. Le facies est amaigri, tiré. En un mot il y a un mélange de compression généralisée et de dénutrition aboutissant rapidement à la cachexie.

Là, évidemment, une intervention s'impose rapide. Les observations de Pinard (obs. XXXVI), Doléris (XXXIV) montrent l'insuffisance de l'interruption de la grossesse.

Obs. V (*inédite*). Ch. Martin.

Utérus fibromateux et gravidique. Évolution rapide et gravité de l'état général. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Une femme de Parthenay (Deux-Sèvres), agée de 38 ans, mariée depuis quinze ans, et jusque-là bien portante, voit à la suite d'un retard de règles d'un mois une tumeur abdominale, jusque-là ignorée, se développer avec rapidité, en juillet 1905.

Aucun phénomène particulier n'avait été remarqué du côté des organes génitaux et de l'abdomen en général jusqu'à cette époque. Les règles étaient seulement abondantes, mais toujours régulières.

En juin, les règles ont manqué. Elles auraient dû venir vers le 15 ; et dès le 10 juillet la malade a remarqué que le bas ven-

tre était plus proéminent que d'habitude ; de plus cette région était douloureuse.

Le développement de la tumeur a été si rapide que le 1er août 1905, un mois et demi après la cessation des règles, elle dépassait l'ombilic de quatre travers de doigts.

Cette tumeur est médiane, douloureuse au palper ; sa forme et son volume sont ceux d'un utérus gravide de sept à huit mois. La surface est irrégulière, bosselée surtout au niveau du fond. On sent facilement, à travers la paroi abdominale mince et souple, les contours de la tumeur, ses bords, sa face antérieure portant de gros nodules en saillie.

On peut imprimer des mouvements latéraux à cette masse.

Le toucher bimanuel confirme qu'il s'agit bien de l'utérus très volumineux et probablement bourré de fibromes. Le col est gros, un peu mou ; son orifice est fermé, non déchiré ; l'ensemble du museau du tanche forme la saillie arrondie des utérus n'ayant jamais été gravides.

Les culs-de-sac sont libres, peu douloureux. On sent derrière eux les faces latérales de l'utérus, s'élargissant à mesure que l'on s'éloigne du col. Il n'y a ni saillie, ni induration spéciale dans la région.

La mobilité de l'utérus au palper bimanuel est conservée.

Le diagnostic presque certain est : utérus fibromateux ayant subi un accroissement extraordinaire sous l'influence d'une grossesse de un mois et demi.

Les signes subjectifs et réflexes de la grossesse sont masqués par un ensemble symptomatique grave qui accompagne et complique l'évolution de cet utérus fibromateux et gravidique.

Localement, malgré la mobilité conservée, existent des phénomènes de compression ou tout au moins réflexes, du côté

des organes du petit bassin. La malade a tout le ventre douloureux, mais se plaint surtout d'élancements intolérables dans les reins et les cuisses. Cette femme pourtant est courageuse, n'a aucune tare nerveuse et paraît réellement souffrir avec intensité. Elle a perdu le sommeil.

Il existe aussi de la constipation et des troubles urinaires, mais sans grande importance.

La gravité de l'état général, le déclin rapide des forces, l'amaigrissement, l'absence d'alimentation, l'insomnie due aux douleurs retiennent surtout l'attention.

La malade est réellement dans un état inquiétant, et si certains symptômes sont des troubles de compression par l'utérus développé avec tant de rapidité, d'autres, et les plus graves, paraissent provoqués par cette évolution elle-même. L'organisme est influencé comme dans le cas d'une tumeur maligne et j'ai la conviction que la continuation de cet état mettrait en danger les jours de la malade.

Cet état persiste depuis huit jours, malgré le repos et les calmants habituels. D'un autre côté, cette grossesse probable, mais si récente, n'a guère de chances d'aller à terme sans avortement, sans hémorragies, sans les multiples accidents qui peuvent en troubler ou en arrêter le cours. L'utérus est farci de fibromes ; il augmente de volume avec une rapidité inouïe et dépasse déjà largement l'ombilic, alors que la malade ne se connaissait pas de tumeur abdominale il y a deux mois.

Ces deux raisons : état dangereux et quasi-impossibilité d'une grossesse favorable font proposer l'ablation de l'utérus gravide comme la seule conduite rationnelle et capable d'arrêter court les accidents auxquels j'assiste.

Hystérectomie abdominale totale, le 1er août 1905. — L'uté-

rus est appliqué directement à la paroi, sans interposition d'anses intestinales ; il est bourré de fibromes sessiles, qui mamelonnent sa surface et son fond. Ces tumeurs varient du volume d'une noisette à celui d'une moitié d'orange.

L'ablation est faite classiquement, suivant le procédé américain de Kelly, vulgarisé par Segond. Elle fut facile : l'utérus muni d'un long col et de ligaments larges bien développés s'était bien laissé extérioriser ; elle fut peu hémorragique.

Les suites furent normales et la malade sortit guérie de la maison de la rue Saint-Blaise, le 21 août 1905.

Depuis, sa santé est restée absolument satisfaisante.

Examen de la pièce. — Toute la paroi utérine est farcie de fibromes de volumes des plus variables. Les plus gros sont comme des oranges ; les plus petits apparaissent comme des grains de chènevis faisant relief sur le tissu utérin. Ces fibromes sont les uns durs et secs ; d'autres au contraire sont œdématiés, gélatineux. Certains sont même creusés de lacunes renfermant un peu de sérosité. On les énuclée facilement de leur gangue utérine.

Ils occupent tout le muscle utérin ; les uns, sous-péritonéaux, sont plus nombreux sur la face antérieure et le fond de l'organe ; beaucoup font saillie sous la muqueuse. Aussi la cavité de l'organe très allongée est-elle tortueuse, déformée. Les autres occupent la surface de la tranche utérine.

Le muscle utérin est lui-même très épaissi, rougeâtre ; mais il n'existe que peu de travées entre les fibromes, ceux-ci ayant envahi toute la trame musculaire.

Vers le fond de l'utérus entre deux saillies fibromateuses existe un *œuf*, de un mois et demi environ ; l'œuf est intact et renferme un petit embryon.

L'examen de la pièce confirme l'idée d'impossibilité pour la grossesse d'évoluer dans cet utérus.

(La pièce a été présentée à la Société de médecine d'Angers, le 2 août 1905.)

Tous les résultats ne sont pas aussi favorables. Les observations de Delagenière (XXXV), de Landau (cité par Thumim) ; de Bouilly (Grosse, obs. 3) où un fibrome de 1.550 grammes causant de la pâleur, de l'amaigrissement rapide, de l'essoufflement, fut pris pour une tumeur maligne, eurent une suite néfaste. On peut se demander s'il faut attendre des symptômes aussi graves et si une opération plus hâtive n'eût pas sauvé la vie de la femme.

Ces faits nous enseignent encore que le volume du fibrome n'est pas le seul facteur des troubles généraux graves, qui peuvent encore être sous la dépendance de réflexes, ou de nécrose comme dans le cas de Bouilly, où une cavité remplie de sérosité jaunâtre était sur le point de se rompre dans le péritoine très mince à son niveau. Ce qui ne fut peut-être pas étranger à la mort par péritonite.

Heureusement, l'infiltration œdémateuse, cause principale de cet accroissement des fibromes, en atténue beaucoup les effets par le *ramollissement* qu'elle apporte au tissu néoplasique, au point de faire porter quelquefois le diagnostic de kyste ovarique.

C'est lui qui explique la tolérance qui s'établit peu à peu en dépit des troubles graves du début : la compression est moins à craindre avec ce corps de dureté moin-

dre ; l'assouplissement permettra souvent au tissu fibreux de s'aplatir, se laminer pour laisser passage à la présentation fatale qui peut ainsi parcourir la filière pelvienne sans trop de difficultés.

Telles en sont les conséquences heureuses immédiates.

Ce ramollissement plus marqué dans les fibromes sous-muqueux peut aller jusqu'à la *dégénérescence* muqueuse et même kystique, grâce à qui le fibrome subit après l'accouchement une évolution régressive qui peut aboutir à une diminution de volume très marquée, plus rarement à l'atrophie (Bæcker, Thorn).

On ne saurait compter sur cette atrophie. Certes l'accroissement est habituellement transitoire, mais le fibrome garde cependant d'ordinaire un volume supérieur à celui qu'il avait avant la conception et des grossesses successives peuvent amener une augmentation progressive et durable.

Obs. VI (*résumée*). — Bæcker (*loc. cit.*).

Femme de 32 ans, ayant eu à 28 ans un accouchement normal. Depuis six mois, elle sent une grosseur dans le ventre et est réglée plus fréquemment. L'utérus correspond à une grossesse de deux mois. A droite, siégeant surtout dans le col, un fibrome gros comme le poing.

Par crainte de dystocie, curettage. Guérison. Un an après, le malade revient. La tumeur, énormément accrue, occupe le

fond de l'utérus et *atteint l'ombilic*. Elle a le volume d'une tête d'homme.

Curettage (Cavité utérine, 18 cm.). Guérison.

L'étude des suites de couches montre même que des fibromes, tolérés jusqu'à la délivrance, sont devenus dangereux à partir de ce moment.

La dégénérescence et c'est là son côté dangereux, va souvent jusqu'à la *nécrose*. Heureux, quand cette nécrose reste aseptique : friabilité, cavités en voie de désagrégation contenant une sérosité jaunâtre.

Il semble y avoir une certaine corrélation entre ces nécroses et la réaction péritonéale, étudiée plus loin, qui aboutit à des adhérences, à des troubles abdominaux, à l'exacerbation des phénomènes douloureux.

Ces phénomènes nécrotiques sont plus fréquents chez les myomes du col, ce qui constitue pour Frank une indication suffisante à l'opération préventive, vu le peu de risques d'avortement.

La nécrose peut aboutir à *suppuration*, soit migration de germes venus de cavités infectées, soit réveil de ceux que contenait la tumeur (théorie infectieuse de Claisse?); elle peut se terminer par la *gangrène*; complications plus fréquentes après l'accouchement et surtout l'avortement, mais qu'on a observées pendant la grossesse ou le travail et dont le pronostic est grave (obs. XXXVII, voy. aussi Frank).

En voici un cas inédit :

Observation VII (*inédite*). — Dr Ch. Martin.

Gangrène d'un fibrome utérin à la fin d'une grossesse. Accouchement prématuré. Infection puerpérale grave. Extraction du fibrome « post partum », par les voies naturelles. Guérison.

Une femme multipare (cinq enfants), en état de misère physiologique, habitant un taudis au milieu des bois de Longué (Maine-et-Loire) achève sa sixième grossesse, mal nourrie, mal vêtue en hiver, sale et ne prenant aucun soin hygiénique.

Elle est près du terme et demande en 1902, le Dr Tardif, de Lohgué, pour des accidents infectieux qui datent de deux jours, déjà.

Mon excellent confrère et ami sait que cette femme a un fibrome volumineux et s'attend à des couches compliquées. Il trouve la malade avec 40° de température ; pouls : 120. Ventre ballonné : urines rares, albumineuses ; utérus énorme et *encore fermé* mais douloureux et se contractant.

Le fœtus est probablement mort : on n'entend pas de bruits cardiaques. La malade dit être souffrante depuis une huitaine de jours, probablement de la grippe, mais les symptômes inquiétants ne datent que de deux jours.

Est-ce de la péritonite, de la grippe ou autre chose, notre confrère n'a pas le loisir de la réflexion, car l'utérus commence à se contracter régulièrement, l'effacement du col, sa dilatation se font sous ses yeux, et l'accouchement se termine en quelques heures sans amener ni aggravation, ni amélioration.

Le fœtus est mort, le liquide amniotique fétide ; le placenta vient, semble-t-il, en entier et sent mauvais.

L'utérus vidé, il reste encore une énorme masse utérine, représentant presque un utérus à terme ; la main introduite ne sent pas de second enfant et revient chargée de débris fétides.

Plus de doute, l'utérus reste gros parce qu'il contient le fibrome, augmenté de volume. Ce fibrome s'est infecté pendant les dernières semaines de la grossesse, probablement sous l'influence de la grippe.

Actuellement la malade fait une véritable fièvre puerpérale. L'infection utérine a amené la mort du fœtus et l'accouchement prématuré.

La main introduite dans l'utérus avait senti une grosse masse donnant l'impression d'une tête d'adulte, au fond de la cavité, et faisant saillie dans celle-ci.

L'accouchement n'a pas amélioré la situation. Le lendemain la température, le pouls, l'état général restent aussi inquiétants. Il faut évidemment enlever ce fibrome infecté ou même faire une hystérectomie totale.

Dans un pareil milieu, avec une malade aussi profondément infectée et non transportable, je conviens avec le Dr Tardif que le mieux est d'essayer d'enlever le fibrome par les voies naturelles pour gagner ainsi du temps, de désinfecter de notre mieux la cavité utérine, remonter la malade par du sérum, etc., et la mettre en état, si elle résiste, de supporter l'hystérectomie, au cas bien probable où l'infection ne cesserait pas.

Ablation du fibrome. — Depuis la veille la malade a continué à souffrir, les contractions n'ont pas cessé, et je constate avec plaisir, à travers le col largement ouvert, que le fibrome

s'est abaissé ; il s'est, pour ainsi dire, énucléé du tissu utérin et, comme un polype, tend à s'accoucher.

Sa masse est totalement sphacélée ; les pinces à traction arrachent des lambeaux putréfiés et d'odeur horriblement fétide. Peu à peu, vers le centre, un plan plus résistant est atteint. M'aidant d'une large spatule j'arrive à extraire un gros fibrome de 400 grammes.

L'odeur est infecte ; le sphacèle a plus de 3 centimètres d'épaisseur ; le reste du fibrome est couleur lie de vin, grisâtre en d'autres points.

L'utérus ainsi vidé, se contracte et revient sur lui-même.

De grandes injections chaudes au permanganate sont faites. La malade reçoit sérum et caféine.

A notre grand étonnement, la situation va s'améliorant dès le lendemain. On voit baisser la température, le pouls se ralentir, les fonctions digestives se rétablir. Les pertes diminuent d'odeur et d'abondance ; en huit jours la situation est sûre et la malade guérit sans autres incidents, sans phlébite, n'ayant même pas eu conscience du grave danger qu'elle avait couru.

∴

Au cours de l'évolution de la grossesse, le fibrome peut subir d'autres modifications, extérieures celles-là, selon ses *changements de position* ou par des *vices primitifs de position* amener des troubles graves.

En dehors de cas exceptionnels, tels celui de Routier, et de quelques cas de torsion, la position de la tumeur est surtout intéressante au point de vue de ses rapports avec le canal pelvien.

Depuis Tarnier on sait que les fibromes ont pendant la gravidité une tendance à s'élever, à sortir du pelvis dans une évolution qu'on peut parfois suivre pas à pas.

Il est évident qu'un fibrome du fond accompagnera l'utérus au fur et à mesure de son *élévation*. A moins que surpris en un développement rapide, il ne se trouve immobilisé, incarcéré dans le petit bassin.

De même une tumeur de corps, augmentée et assouplie, pourra au cours de son évolution se trouver à l'étroit dans le petit bassin et en sortir peu à peu (surtout si elle n'y plongeait qu'en partie) ; ou bien encore être chassée en haut par l'engagement d'une partie fœtale.

Et ainsi des troubles qui ont paru graves disparaîtront au bout d'une attente de quelques jours.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Cette ascension n'est pas constante ; elle peut être entravée par la forme, le nombre, la dimension et la situation des tumeurs. Il peut même se passer un phénomène inverse, l'arrivée dans la filière osseuse d'un fibrome qui jusque-là était extérieure. L'utérus s'accroît, la tumeur s'accroît et ne remonte pas, les organes pelviens sont pris entre une tumeur plus ou moins dure et une paroi inextensible. On voit alors évoluer fatalement des phénomènes de compressions graves qui nécessitent une surveillance extrême et bientôt, s'ils ne s'amendent, une thérapeutique très agissante.

Voyons dans quelles circonstances se produisent ses accidents.

On doit distinguer plusieurs ordres de faits en met-

tant à part ceux d'ordre particulier et déjà étudiés où un gros fibrome par sa marche très rapide ou son énormité lentement acquise, tout en déterminant le tableau symptômatique des grosses tumeurs abdominales, peut produire de la compression pelvienne par un de ses lobes.

1° Un fibrome moyen et par ailleurs bien toléré, suspendu au-dessus du pelvis, dans lequel il peut avoir des prolongements, exerce sur le détroit supérieur une légère compression, facilement passagère ;

2° Un fibrome pédiculé du fond, prolabé dans le petit bassin s'y trouve incarcéré.

3° Un utérus fibromateux (la tumeur siégeant soit à la face antérieure, soit plus souvent à la face postérieure, est en quelque sorte surpris dans le petit bassin par son développement rapide (*incarcération*), ou bien tombe en *rétroversion*. Ce sont des cas analogues à ceux de l'incarcération et de la rétroversion de l'utérus gravide sain, mais avec un facteur de gravité en plus.

5° Enfin et surtout s'il s'agit de tumeurs qui par leurs attaches au pôle inférieur de l'utérus : col ou isthme, jouissent d'une mobilité très relative. Ils appartiennent au hile de l'organe et ne peuvent s'échapper de la ceinture osseuse qui les enserre. C'est une forme particulière d'incarcération. Si leur développement est un peu exagéré, presque fatalement ils donneront des accidents de compression ; et alors que dans les autres groupes de faits on peut toujours espérer le désenclavement spontané, l'élévation de la tumeur, ici on n'a guère à

compter que sur le tiraillement du hile, un mouvement de bascule et surtout le ramollissement qui rendra la pression tolérable. Et ce sont ces mêmes fibromes, s'ils n'ont pas interrompu la grossesse, que nous retrouverons comme grands fauteurs de dystocie.

Les accidents débutent le plus souvent du troisième au cinquième mois, époque générale de l'accroissement brusque, tant de la tumeur que de l'œuf. Voici comme ils se présentent au début : tantôt brusquement, et alors sérieux d'emblée (prolapsus d'un fibrome pédiculé, rétroversion d'un fibrome du fond), quelquefois à la suite d'une chute (obs. I et II de Grosse) ou sans cause appréciable ; tantôt et le plus souvent peu à peu surviennent des troubles légers mais d'intensité croissante. Ce sont des pesanteurs, des douleurs pelviennes, sciatiques ou crurales, des troubles de miction ou de défécation.

Les femmes, mises au repos au lit, voient ces symptômes souvent inquiétants disparaître peu à peu, même s'ils ont paru présenter de vraies menaces.

C'est sous l'influence du ramollissement du fibrome et de l'ascension marquée qu'accomplit vers la fin du quatrième mois, l'utérus suivi par la tumeur, que tout rentre dans l'ordre ou que du moins les accidents deviennent tolérables et ne se manifestent que par des crises de courte durée (cas de Gatierrez, par ex.).

C'est là la loi générale, celle qu'on a le droit d'espérer et dont M. le professeur Pozzi a bien voulu nous fournir deux cas inédits (obs. XXI et XXII).

L'incarcération vraie peut elle-même être tolérée

pendant la grossesse : c'est le cas de la malade de Varnier-Delbet (*Ann. de gyn.*, 1897) porteuse d'un fibrome gros comme le poing situé au-dessous et en arrière de la corne gauche, adhérent ; ayant mis, avant la grossesse et maintenant l'utérus en rétro-version, refoulant le rectum à gauche. La tumeur fut parfaitement tolérée. Occupant le douglas, immobile, obstruant le pelvis, elle entraîna au travail l'inefficacité prévue des contractions et la mort de l'enfant. On dut faire l'hystérectomie totale.

Instructive et moins connue est l'observation suivante :

Obs. VIII (*résumée*). — Thorn, obs. 4. *Munch. med. W.* 1905.

Nullipare de 34 ans : mariée depuis deux ans huit mois. Dernières règles fin avril 1901. Souffre depuis longtemps de troubles de miction et de défécation. Depuis quatre jours, violentes douleurs du ventre et des reins.

Le 4 juillet : bas-ventre ballonné, sensible à la pression. Col rapproché de la symphyse. Utérus volumineux ; en arrière et en bas, tumeur mal délimitable, dure, douloureuse, faisant fortement bomber le cul-de-sac postérieur.

On pense à une rétroflexion d'utérus gravide incarcéré. Ayant évacué la vessie et l'intestin on réduit sous narcose. On constate que la tumeur est un myome sous-séreux, intramural, de la paroi postérieure, qui gros comme le poing paraît s'étendre en bas jusqu'au col. On applique un pessaire pour prévenir une récidive. La grossesse fut troublée par des accidents dus à l'énorme dilatation de l'abdomen mais parvint à terme.

Travail lent, terminé par forceps. Enfant vivant.

En douze heures se développe un météorisme énorme; température normale, mais pouls fréquent. Peu à peu l'enflure diminue mais le périmetrium gauche est sensible à la pression. Fièvre modérée les jours suivants, thrombose des deux veines fémorales. Guérison lente. A la sortie le myome paraît plus petit.

Ce cas relativement favorable montre que même après réduction le fibrome peut rester assez dangereux.

La réduction d'ailleurs s'obtient assez difficilement, il est exceptionnel de la voir s'effectuer spontanément.

Sur 14 cas de rétroversion avec incarcération cités par M. Maygrier (cas de fibromes) il y eut : 2 réductions spontanées ; 7 artificielles ; 5 cas où la réduction échoua et qui nécessitèrent 3 avortements provoqués ; 1 amputation utéro-ovarienne, 1 ablation de fibrome.

Le total donne 4 morts maternelles, 8 enfants sacrifiés. Dans le cas unique où fut faite l'ablation de la tumeur la mère fut sauvée ; l'enfant né prématurément mourut.

Outre les symptômes qui leur sont communs avec les autres fibromes pelviens, les utérus myomateux incarcérés entraînent rapidement la mort de l'enfant.

Obs. IX. (*résumée*). — Beckiser (*Munch. med. woch.* 1899).

Utérus avec myome pédiculé, rétrofléchi, incarcéré au cours du sixième mois : Tumeur du volume de deux têtes d'homme, ramolli au centre. Fœtus mort et corrompu. Frissons. Fièvre élevée. *Myomectomie.* Mort.

(Évidemment c'était compromettre la myomectomie que de l'appliquer à ce cas).

Pour étudier en détail la symptomatologie des accidents de Compression Pelvienne il faut les classer suivant les appareils auxquels ils ressortissent, sans oublier que presque toujours ils se fondent en un tableau symptomatique complexe et varié suivant chaque femme.

1° *Troubles de compression nerveuse.* — Ce sont peut-être ceux qu'on constate le plus souvent et qui caractérisent les cas légers. Ils figurent dans presque toutes les observations.

C'est une douleur qui, née dans la région sacrée ou hypogastrique, s'irradie dans le ventre, les reins, les membres inférieurs. Elle affecte la forme de névralgie sciatique ou crurale ; d'autres fois elle prend la forme de coliques violentes au point d'être mises sur le compte d'une torsion de kyste (Voy. obs. suiv.).

Elle a pu sembler bien des cas une indication suffisante à l'opération (Basso-Condamin), et peut revêtir une intensité alarmante, être une cause d'impotence presque complète. Tel le cas II de Landau (Thumim) où une grossesse de deux à trois mois fut accompagnée de douleurs excessivement vives dans les reins, le sacrum, les cuisses, de mictions impérieuses et douloureuses. Énucléation. Accouchement à terme.

Obs. X (*résumée*). — Condamin, obs. 4 (*Lyon méd.*, 1903).

Femme de 34 ans. Sans antécédents. Réglée à 15 ans ; douloureusement jusqu'à 20 ans. Fausse couche de six semaines au début du mariage (il y a quatre ans).

Dernières règles en mars. Commencement de mai petite grosseur à croissance progressive et douloureuse pendant la marche. Crises de nausées et de vomissements.

Vers le 15 août, les douleurs ont une grande acuité comparée à « des torsions de l'intestin ».

A l'examen on trouve une tumeur assez dure, peu mobile, sensible à la pression et paraissant se relier profondément aux parties latérales de l'utérus. Celui-ci est plus volumineux ; la tumeur est à deux doigts de l'ombilic.

Les phénomènes douloureux font penser à un kyste de l'ovaire tordu ou à une lésion inflammatoire.

Laparotomie, 25 août. Tumeur bosselée, blanchâtre; c'est un myome utérin implanté à hauteur moyenne sur la partie antéro-latérale droite. A peine pédiculisée, elle est enlevée sans difficulté. Péritonisation. Légère hémorragie cédant à la compression.

En novembre la grossesse suivait son cours.

Il ne faut pas mettre tous les symptômes douloureux sous la dépendance d'une compression lombo-sacrée.

Dans bien des cas où ils se rapprochent par leur forme ou leur intensité du péritonisme, on peut les attribuer à une réaction péritonéale. Tel le cas de Grosse où ils débutèrent soudain avec une hyperesthésie extra-

ordinaire et ce météorisme réflexe, que les Allemands mettent sur le compte de la meurtrissure (Quetschung) de l'intestin.

2° *Troubles de compression vasculaire.* — Indépendamment des troubles cardio-pulmonaires généraux observés dans le cas de très grosse tumeur et de l'œdème albuminurique, la compression directe des vaisseaux iliaques peut déterminer un œdème très marqué de la paroi abdominale et des membres inférieurs. Le fait semble rare ; et dans le cas de Monprofit, il fut transitoire.

3° *Compression des voies urinaires.* — Des plus fréquentes, elle est souvent associée à la douleur ou à la compression rectale. Elle se manifeste d'abord par une légère dysurie avec pollakiurie, puis par des besoins fréquents, impérieux de la miction qui est elle-même douloureuse.

Peu à peu s'établit la rétention. La malade de Jacobs (*Sem. gyn.*, 1901) n'urinait que par regorgement et en dépit de ses mictions fréquentes, douloureuses, ne pouvait vider une vessie distendue par plusieurs litres d'urine ; à peine à chaque fois évacuait-elle quelques gouttes. On fit l'hystérectomie avec succès.

Une intervention semble s'imposer en effet dans ces cas où l'on doit sonder la malade et accroître ainsi les risques d'infection. Telle l'observation de Chavannaz (*in* Poitevin) où le cathétérisme devait être fait six fois par jour pendant quatre mois. La malade de Bouilly (obs. II, Grosse) eut pendant quatre jours une rétention complète ; la rétention incomplète ne cessa qu'avec

l'intervention qui révéla une vessie dépassant le pubis de six centimètres.

L'observation de Doléris (obs. XXXIV) rend compte de ces accidents : à l'autopsie la vessie fut trouvée déviée à droite et en haut, très amincie, allongée et d'aspect fusiforme ; adhérant à la tumeur et se déchirant sous les tentatives de décollement.

On comprend avec quelle facilité de telles vessies peuvent s'infecter, et un exemple de Pinard montre où peut aboutir cet état de choses :

Observation XI. — Thèse Méheut. (*Statis.*, 1900, n° 2105).

I-pare de 25 ans, au troisième mois, arrive dans le service avec des symptômes de compression et de cystite purulente.

On trouve un fibrome de la paroi postérieure complètement enclavé. Laparotomie. Extraction du fœtus vivant et du placenta (en tout 200 gr.), puis hystérectomie. Poids de la tumeur : 1.420 grammes. Mort le cinquième jour avec symptômes d'obstruction intestinale.

La tumeur pouvant comprimer l'uretère, il en résulte un obstacle à l'éjaculation urétérielle, une mise en tension du rein, qui s'infecte par pyélonéphrite ascendante.

Obs. XII (*résumée*). — Tedenat (*in* Poitevin).

Fibrome enclavé dans le petit bassin. Grossesse de quatre mois. Malade pâle ; œdème léger des membres inférieurs. Sensibilité

rénale des deux côtés. Diminution de la quantité d'urine. Albuminurie légère. Compression pelvienne. Hystérectomie subtotale. Mort par embolie trente-neuf jours après.

L'albuminurie peut s'observer seule, et dans des circonstances qui ne permettent guère de mettre en doute l'influence de la tumeur (Observ. de Michin, n° XXXVIII).

Obs. XIII (*résumée*). — Fawell (*North of Engl. obst. and gyn. Soc.* 1905).

L'année précédente accouchement laborieux. Utérus gravide de cinq mois. Deux gros fibromes du segment inférieur. Vives douleurs ; phénomènes de compression du côté du rectum et de la vessie. Albuminurie très prononcée.

La nature du fibrome ne permettant que l'hystérectomie, on la pratique. Guérison. Au bout de quinze jours, l'albuminurie avait presque complètement disparu.

On ne saurait donc s'étonner que Tibone (Cong. de Rome, 1894) ait indiqué ces phénomènes de compression comme une cause de néphrite et d'éclampsie, ce qui aggraverait le pronostic des grossesses fibreuses.

Faut-il voir là la cause des cas d'éclampsie de la statistique de Pinard que Méheut résume ainsi :

Obs. XIV.

1896, n° 842. — I-pare, 32 ans. Hépatotoxémie. Albuminurie. Travail à terme. Cinq accès d'éclampsie. Mort du fœtus pen-

dant le travail (dix-neuf heures). Forceps. Foyers hémorragiques anciens et récents dans le placenta.

Fibrome de la partie droite de l'utérus.

1898, n° 9530. — I-pare, 33 ans. Accouchement à terme ; éclampsie, enfant vivant. Mort de la mère, deux jours après.

Fibrome sous-péritonéal de la partie gauche de l'utérus du volume d'une tête fœtale à terme.

Joignons-y le cas déjà cité (obs. XXXVI), les cas d'albuminuries nous trouvons au total sur 85 fibromes de la clinique Baudelocque : 10 albuminuries, dont 2 éclampsies, ayant amené 2 fois la mort de la mère, 3 fois celle de l'enfant. Alors qu'on ne trouve guère d'après les statistiques récentes (Ribemont et Lepage), qu'*une* femme albuminurique sur 20 femmes enceintes, et *une* éclamptique sur 200 à 217 accouchements.

Basso admet que l'éclampsie se justifie non par une coïncidence mais par une causalité.

Par ailleurs M. Pozzi a fait voir (*Ann. de gyn.*, 1884) que la crainte des complications rénales devait constituer une puissante indication opératoire pour les fibromes simples. Si donc un fibrome gravidique manifeste des tendances de ce genre ; si l'on observe de la douleur rénale, de l'albuminurie, dont la division des urines pourrait démontrer l'unilatéralité, la grossesse rendant encore le pronostic plus grave, on serait en droit d'accorder à la femme le benéfice d'une intervention qui pourrait souvent sauvegarder à la fois les intérêts de la mère et de l'enfant ; bien que d'ailleurs et nous en rapportons un cas, de tels phénomènes puis-

sent être compatibles avec l'achèvement de la grossesse.

4° *Compression intestinale.* — Il est pour la tumeur deux façons d'agir sur l'intestin. Dans un cas c'est un utérus rempli par un ou plusieurs gros fibromes qui refoule, comprime l'intestin, l'estomac ; et cela s'observe aussi bien et mieux vers la fin de la grossesse.

Ou plus souvent du deuxième au cinquième mois un fibrome ou un lobe enclavé dans le petit bassin comprime, lamine le rectum ou le côlon sigmoïde.

Nous avons vu combien ces symptômes peuvent être réduits et passagers. Plus accentués et plus durables ils donnent lieu à une *constipation* tenace, opiniâtre, presque invincible. A tous moments, on peut lire dans les observations : Constipation contre laquelle on doit lutter par de grands lavements, des purgatifs. Vient un moment où cette médication palliative devient insuffisante. La constipation prend des proportions d'une obstruction lente, d'une coprémie (Barnes). Le ventre se ballonne, l'appétit est nul ; les vomissements augmentent ou apparaissent ; l'haleine est fétide. Le facies témoigne de l'intoxication. Le toucher révèle une tumeur du pelvis, laminant le rectum, ne permettant pas toujours l'introduction du doigt dans la concavité sacrée.

On trouvera ces symptômes avec toute netteté dans l'observation inédite n° XXIII où ils obligèrent notre maître M. Martin à la myomectomie.

Quelquefois l'obstruction est presque aiguë.

Obs. XIV (*résumée*). — Frank, (*Monats. für geb. und gyn.*, 1903).

42 ans. Grossesse de quatre mois. Depuis trois jours vives douleurs, surtout dans les reins, *pas une selle* ; besoins fréquents d'uriner, issue de quelques gouttes seulement. Traits tirés. Bas-ventre ballonné, tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, de consistance irrégulière. Col repoussé en avant et en haut par une tumeur qui fait bomber le cul-de-sac postérieur et est en connexion avec celle de l'abdomen.

Hystérectomie sus-vaginale. Guérison.

Dans des conditions semblables, lorsqu'à la constipation invincible, à la coprémie, vient se joindre la gêne de l'émonction urinaire, il semble qu'une expectation quelque peu prolongée soit une grave imprudence.

L'apparition des vomissements n'est pas toujours liée il est vrai à la stercorémie ; ils ont souvent une cause réflexe ou mécanique. Quelle que soit leur origine ils peuvent devenir un obstacle presque absolu à l'alimentation et par leur intensité, leur constance véritablement incoercible mettre immédiatement en danger la vie de la femme (Monprofit). Dans ce cas il s'agit, il est vrai, plus de compression abdominale que pelvienne).

Tels sont, schématiquement, les principaux types d'accidents compressifs. En pratique on les trouve groupés diversement selon chaque cas, et leur combinaison fait varier le tableau clinique, tout en lui conservant

un caractère générique qu'on exprime par ce terme : symptômes de compression. (Voy. les cas de Cottin, Quénu. Soc. chir. 1902).

Dans les troubles de fonction il faut faire une place à part aux *tumeurs pédiculées*. Leur mobilité leur confère des propriétés particulières. Quelquefois d'une façon inattendue ils tombent dans le petit bassin où ils sont agents de compression ; dans d'autres cas, bien étudiés par Berniolle, ils subissent une *torsion* qui le plus souvent égare le diagnostic.

Observée surtout du deuxième au sixième mois, elle provoque les symptômes des kystes tordus, et c'est à ceux-ci qu'on pense d'abord. Dans le cas de Maygrier on porta le diagnostic d'appendicite.

C'est dire le début brusque, les douleurs, les vomissements quelquefois bilieux ou poracés, la pâleur de la face, la petitesse du pouls, l'hyperesthésie abdominale, en un mot tous les signes du péritonisme.

L'acuité des accidents détermine sans hésitation l'intervention, d'ailleurs le plus souvent sur un faux diagnostic. On trouve la tumeur tordue, généralement petite, insérée au fond utérin par un pédicule court et épais à l'intérieur, des lésions apoplectiques.

Après l'intervention la grossesse suit presque toujours son cours.

Aux rares cas connus, nous avons l'heureuse chance de pouvoir ajouter deux faits inédits dus à la pratique de notre maître M. Ch. Martin (obs. XXIV et XXV).

Exceptionnellement le fibrome entraîne l'utérus dans son mouvement ; on a alors la torsion en masse de l'uté-

rus gravide. Cas très rare dont nous n'avons trouvé qu'un exemple (obs. XXXIX). Thorn en a compté dix-sept cas, en dehors de la grossesse.

∴

C'est par des symptômes analogues à ceux de la torsion qui se révèlent certains fibromes à *réaction péritonéale*, fréquente conséquence d'un accroissement rapide. On observe tantôt des accidents atténués à marche lente : douleurs, vomissements modérés, sensibilité du ventre et de la tumeur ; tantôt un véritable péritonisme aigu avec douleurs violentes et aiguës, exquise sensibilité de la paroi, accélération du pouls, quelquefois légère température (Voyez Grosse).

Obs. XV (*résumée*).— Boldt (*Acad. méd. New-Y.*, 1903).

35 ans, multipare. Peu après son dernier accouchement, deux chirurgiens ont diagnostiqué un kyste ovarique.

Grossesse de sept mois. Douleurs atroces. Pouls : 120. T. 38°. On porte le diagnostic de kyste tordu.

Laparotomie. Fibrome du segment inférieur. Césarienne. Deux jumeaux à placentas séparés. Hystérectomie totale.

Guérison. Mort des enfants (le 1er, une heure, le 2e trois jours après).

Dans le cas de Becking (Treub) l'irritation péritonéale nécessita une myomectomie (grosseur du volume

de deux poings). La femme guérit et accouche à sept mois et demi.

Assez souvent la laparotomie ne révèle pas de lésions péritonéales ; il y a réellement péritonisme et ces accidents sont réflexes, analogues à la dyspnée, au météorisme souvent signalés par les auteurs allemands.

Mais *à priori* il est difficile de savoir à quoi s'en tenir et les exemples suivants montreront combien est grave ce problème. Ils permettront de se demander si une intervention un peu précoce n'est pas justifiable, malgré l'impossibilité d'un pronostic exact.

Obs. XVI (*résumée*). — Thorn, n° 7 (*loc. cit.*).

Réaction péritonéale. Nécrose du fibrome. Myomectomie. Guérison.

Femme de 37 ans 1/2. Mariée depuis un an. Traitée en février 1903 pour dysménorrhée, antéflexion de l'utérus, un peu gros.

Dernières règles, 24 juin 1903. Dans la nuit du 25 octobre, surviennent des douleurs dans le ventre, subites et violentes, des vomissements. Elle sentait bien depuis trois semaines dans le bas ventre un corps dur, mobile, mais n'en avait pas souffert.

Le 27, abdomen enflé, sensible ; au-devant de la corne gauche d'un utérus gravide au quatrième mois, se trouve, adhérant à la paroi abdominale, une tumeur, à peu près grosse comme le poing, extrêmement sensible.

Vu les antécédents utérins banaux, on pense à la torsion d'une tumeur de l'ovaire gauche (kyste dermoïde ?).

Laparotomie. Légère péritonite récente; on libère des adhérences intestinales à la paroi abdominale et au fond utérin. Tumeur violacée, grosse comme le poing ; large myome siégeant à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessous de la corne gauche.

On l'énuclée profondément ; on réséque sa surface d'implantation, et après hémostase on suture au catgut en plusieurs étages. A droite de ce myome vers la vessie, un autre petit gros comme un pois ; sous la corne droite un troisième gros comme une amande, tous deux sous-séreux ; on les énuclée. Annexes saines.

Guérison. Accouchement à terme. Enfant vivant. Suites normales. Après involution l'utérus a sa forme normale.

Le myome était très vascularisé, avec nécrose centrale.

Il y avait là adhérences intestinales avec péritonite légère ; ailleurs il y a ascite, adhérences aux organes voisins (Grosse, III, Turner, I), ou véritable péritonite comme en cite Thumim.

Obs. XVII et XVIII. — Thumim, *Arch. f. Gyn.*, 1901.

1° Engstrom (1897). Grossesse de cinq mois. Myome de 1700 grammes à court pédicule. Péritonite. Ascite hémorragique. Myomectomie. Mort le septième jour, septicémie.

2° Bidder (1889). Grossesse de quatre à cinq mois. Lésions de péritonite chronique. Fibrome de 10 kilogrammes, pédiculé. Myomectomie. Mort.

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de tels accidents. Varnier l'a bien reconnue. Ils ont une

grande part dans la symptomatologie des fibromes galopants.

Il faudra revenir tout à l'heure sur la fréquence des accidents ; en ce qui concerne l'évolution du fibrome et ses atteintes à la vie maternelle, disons de suite que le majeure partie des femmes les voient se dissiper sous l'influence du repos et des médications symptomatiques.

Sur les quatre-vingt-cinq cas de sa statistique, Méheut ne les a trouvés que trois fois, dont une fois très graves (obs. XI) (de plus le cas mortel d'hépatotoxémie n'était peut-être par sans relations avec le fibrome (XXXVI).

Malheureusement cette issue favorable n'est pas constante, et la statistique précédente peut être trop avantageuse (page 53).

II. — *Influence du fibromyome sur l'évolution de la grossesse.*

1° *Avortement.* — Jusqu'en 1900, la fréquence de l'avortement dans un utérus fibromateux était notion courante. Elle s'expliquait d'ailleurs aisément par la gêne apportée à l'ampliation utérine (après myomectomie l'utérus prend parfois un développement subit) ; par la tendance hémorragique, par les lésions de métrite, fréquentes en pareil cas, la possibilité de l'insertion de l'œuf au voisinage d'une tumeur sous-muqueuse, etc.

A cet égard les chiffres de Lefour (12, 7 0/0) et de Nauss (18 0/0) paraissaient significatifs.

Ces statistiques peut-être entachées de quelques causes d'erreur ralliaient la majorité des accoucheurs et des gynécologues.

Musgrave Cley (tablant sur 400 obs.), MM. Pozzi, Schwartz et Hepp, Labadie, Lagrave et Legueu croient à la fréquence de l'avortement.

En 1900 (Cong. int. de Paris) Hofmeier se basant sur quarante-deux cas de fibromes qui lui ont fourni quatre avortements, soit 9,52 0/0 (chiffre encore élevé) vient affirmer que les fibromes n'interrompent pas souvent la grossesse et qu'on ne doit pas intervenir dans le but d'en assurer le succès.

Méheut (thèse 1902) appuie cette opinion. Sur 85 cas il trouve 3 avortements plus 1 cas où l'on dut faire l'hystérectomie au cinquième mois, et un autre l'avortement provoqué pour hépatotoxémie, soit 3.64 0/0 (ou 5,88 0/0 si l'on compte ces deux autres cas), chiffre qui ne dépasserait pas de beaucoup la moyenne des avortements observés à Baudelocque, (2,90 0/0). « Les avortements d'après nos documents ne sont guère plus fréquents que dans la grossesse non compliquée de fibromes ». Cette affirmation peut paraître entachée de quelque exagération. La statistique des maternités ne doit guère renseigner sur la fréquence, même proportionnelle des avortements, et nous verrons que les accouchements prématurés par fibromes y sont fréquents.

Beaucoup de petits fibromes capables d'avortement, passent inaperçus et l'on peut dire avec Turner que c'est une cause « qui serait reconnue plus souvent si l'on se livrait à un examen gynécologique précis dans

les dix ou quinze jours qui suivent l'avortement ». Sur 5 fibromes (500 femmes de Boucicaut) il constate 2 avortements.

Il est d'ailleurs une autre façon de résoudre le problème, préférable parce que raisonnée. C'est d'envisager les fausses couches répétées chez les femmes porteuses de fibreuses.

Deux femmes de la statistique Méheut avaient eu deux avortements chacune avant leur dernière grossesse ; une troisième en avait fait quatre. Typique est l'observation de A. Martin (Cong. Paris, 1900) : une femme a fait à peu d'années d'intervalles trois fausses couches de trois à cinq mois. Il existe plusieurs fibromes implantés sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, plus près du col que du fond. Il ne semble pas y avoir eu d'autres causes d'avortement.

La fréquence relative de l'avortement admise, est-il grave ? L'avortement thérapeutique conduit à de terribles échecs ; spontané, les risques restent les mêmes, « c'est l'accident le plus commun et non le moins grave », écrit M. Pozzi, et il invoque la gêne apportée à la contraction utérine, les dangers d'hémorragie immédiate et la facilité des accidents septiques. De même Schwartz et Hepp croient que c'est une cause fréquente de mort (14 sur 75 dans la vieille statistique de Lefour).

C'est que les risques sont multiples : l'hémorragie résultera de la mauvaise texture du muscle utérin ; de l'insertion placentaire sur l'aire du fibrome. Le défaut de contraction, la déformation de la cavité, l'inextensibilité du col causeront l'avortement prolongé, la réten-

tion placentaire. L'infection sera liée à toutes ses causes et à la nécrose fréquente (cas de Bæcker, obs. XLI).

On trouvera des exemples nombreux de ces accidents. Ceux de Turner (son obs. VII), Tissier, Cordemans nécessitèrent l'hystérectomie totale ; celui de Benckiser (notre obs. IX) entraîna la mort ; dans l'observation VI de Turner on se contenta de faire la myomectomie et la castration bilatérale.

Cette fréquence et cette gravité sont de nature à faire moins craindre l'interruption de grossesse qui pourrait résulter d'une intervention conservatrice. Celle-ci n'est sans doute pas beaucoup plus fœticide que les tumeurs assez importantes pour éveiller les inquiétudes du médecin.

Cela ne constitue évidemment pas une indication suffisante. Cependant, à une femme qui désire vivement un enfant vivant, qui a fait plusieurs avortements, on ne serait guère en droit de refuser la myomectomie si elle est possible. C'est ce que fit Frank en un cas (obs. XIX).

2°) *L'accouchement prématuré,* moins grave peut-être, est d'une fréquence indiscutable. Il est lié surtout aux hémorragies, par conséquent au placenta prœvia.

Méheut en a le chiffre énorme de 30 cas sur ses 85 grossesses fibromateuses : 2 au septième mois ; 11 au huitième ; 17 au neuvième mois. Trois fois les enfants pesaient moins de 3 kilogrammes ; on ne nous dit pas quel fut leur sort.

Les complications qu'on peut observer sont les mêmes que celles de l'avortement.

3° Les troubles de nutrition de l'œuf peuvent amener la *mort du fœtus,* sans avortement. Outre l'infection, la présence de cet œuf dans l'utérus amène peut-être des accidents d'auto-intoxication. Du moins Delagenière le suppose.

4°) *L'hémorragie* au cours de la grossesse est en général un trouble moins grave. On admet qu'elle n'est pas très fréquente. Méheut l'a notée 9 fois : dans 1 cas l'insertion placentaire était haute ; 4 fois basse, 4 fois douteuse.

On peut admettre avec M. Pinard qu'elle est presque toujours sous la dépendance de *l'insertion basse* du placenta. Complication fréquente du fibrome (30 fois sur 85). Elle n'a pas toujours une grande gravité puisqu'elle ne nécessita qu'une fois l'intervention, sur ces 9 cas.

C'est néanmoins un facteur défavorable tant pendant la grossesse que le travail (mortalité de 4,1 0/0 dans les insertions vicieuses. Pinard). Elle expose à l'accouchement prématuré (15 insertions vicieuses sur 30 cas prématurés. Méheut).

Dans quelques cas où l'hémorragie disparaît avec l'ablation du fibrome, elle semble bien liée à la seule présence de celui-ci. Le fait qu'elle nécessite parfois l'intervention dès les premiers mois de la grossesse donne aussi à penser que le placenta bas n'est pas toujours en cause, et qu'avec Thumim il faut penser à des lésions endométriques.

Routier (Soc. chir. 1902), après une expectation de un mois dut enlever un utérus gravide de trois mois, à

cause des pertes incessantes que causait un volumineux fibrome. Le cas de Jacob (*Sem. gyn.* 1901) est analogue. Dans un cas Frank fit la myomectomie dans le but d'éluder si possible l'avortement ; et il réussit à prolonger ainsi pendant encore plus de deux mois une grossesse gémellaire :

Observation XIX (*résumée*). Frank (*loc. cit.*)

Femme de 40 ans, a fait en juillet 1899 un avortement de deux mois ; on a constaté alors plusieurs myomes.

Dernières règles 5 décembre. Le 6 mars 1900, légère hémorragie qu'avait précédée un certain accroissement du ventre.

Femme amaigrie, pâle, mais assez bien portante. L'utérus volumineux, mou, dépasse la symphyse d'un travers de main. A côté, tumeur du volume d'une tête d'enfant, mobile, ferme et une autre grosse comme une orange. En plus quelques nodosités.

En considération de l'âge de la femme, de son avortement précédent, de l'hémorragie, qui bien que légère, peut faire craindre une interruption, du vif désir d'avoir un enfant, on fait le 27 mars la *myomectomie*. Fibrome pédiculé et myome sessile qu'on énuclée. Péritonisation. La malade sort guérie le 14 avril.

Le 3 juin elle accouche de deux enfants vivants pesant 1.500 et 1.400 grammes.

Revue le 15 mars, la femme était bien portante ; son utérus mobile.

On trouvera au chapitre III, la curieuse intervention

de Seeligmann nécessitée par une hémorragie formidable et qui permit la continuation de la grossesse.

5° *La grossesse ectopique* n'est peut-être pas avec les fibromes dans un rapport de causalité aussi hypothétique qu'on pourrait le croire, Basso, Morestin, Taylor sont disposés à admettre cette causalité, plutôt qu'une simple coexistence (coudure de la trompe par le fibrome, etc.)

On en trouvera, à la fin, une observation inédite (XXXII) dans laquelle il n'est pas permis de conclure.

B. — Accidents au cours du travail et des suites de couches

La gravité des troubles du travail est bien moins discutée que celle des accidents gravidiques.

« Autant le pronostic est sombre pour l'accouchement, dit Varnier, quel que soit le siège du fibrome, autant il l'est peu au cours de la grossesse. »

Nous insisterons peu sur cette partie, surtout obstétricale, d'ailleurs parfaitement exposée dans le Rapport de M. Boursier et qui ne peut fournir pendant la grossesse que des indications opératoires problématiques.

Les accidents qu'entraîne la présence du fibrome sont de deux sortes : dystocie fœtale, dystocie utérine (se manifestant elle-même de trois façons différentes).

1° *Dystocie fœtale et ovulaire.*

L'insertion basse du placenta se manifeste dès le début du travail par ses *hémorragies* caractéristi-

ques. Dans un cas de la clinique Baudelocque (1896, n° 2216) elles entraînèrent la mort de l'enfant.

Pour les *présentations vicieuses* les chiffres cités par Boursier se passent de commentaires :

Sommet. . . .	53,82 0/0	au lieu de	97,29
Siège.	27,18	—	1,71
Tronc	19,00	—	0,75

Elles entraînent des interventions graves et font subir de grands risques à la mère et à l'enfant.

La procidence du cordon relève des causes précédentes : (défaut d'aptation, défaut d'engagement) ; sur 85 fibromes, 2 cas (Méheut).

2° *Dystocie utérine.* Elle peut tenir à un manque de contractilité, à un manque d'élasticité du tissu utérin, dû enfin à l'obstruction du conduit pelvi-génital par le fibrome.

a) Vices de contraction. L'atteinte portée à l'intégrité du tissu utérin se manifeste par l'irrégularité des contractions aussi bien dans leur rythme que dans leur intensité et par ce fait qu'elles ne sont pas réparties d'une façon régulière sur toute la surface utérine : première prédisposition à la rupture.

Il se produit souvent de l'inertie, qui varie depuis le défaut de dilatation jusqu'au simple arrêt du travail, l'énfant étant à la vulve.

b) Dystocie fibreuse. Celle-là tient au manque d'élasticité du tissu utérin, soit en toute sa surface (utérus fibreux) ; soit seulement dans la région de la tumeur.

Les fibromes voisins du col, peuvent rendre impos-

sible la dilatation : rigidité (par ex. cas de Charles, *Jour. Acc.* Liège, 1898).

Ce défaut de texture joint à l'inégalité de répartition de la poussée utérine, à la résistance des tumeurs faisant obstacle, amène facilement la rupture (obs. de Thorn XXXVII, cas de A. Martin. Congrès de Paris, 1900, de Delagenière. *Arch. Prov. de Ch.*, 1900).

c) Enfin la dystocie fibromateuse proprement dite qui par le volume et le siège du fibrome apporte à l'accouchement un obstacle passif. C'est elle qui mérite surtout de fixer l'attention.

Il faut distinguer : les fibromes abdominaux ; les fibromes pelviens.

Les premiers jouent surtout un rôle indirect en déplaçant l'utérus ou en formant toit au-dessus du bassin.

Il est assez rare, sauf très gros volume, qu'ils causent un obstacle durable, à moins qu'ils ne soient pelviens par un lobe fortement engagé.

Les fibromes pelviens, que Tarnier croit dangereux dès qu'ils ont le volume d'un œuf sont : soit des fibromes du fond pédiculés, des fibromes du corps rétrofléchi : on peut espérer les voir s'aplatir, filer vers l'abdomen et y rentrer sous la traction des fibres musculaires et la pression de la partie fatale, ou s'élever par le mécanisme d'un levier à deux bras (Backer).

Ou bien ce sont des tumeurs implantées sur l'isthme utérin. Turner a établi nettement cette distinction. Il a montré qu'elles devenaient au cours du développement, fibromes du segment inférieur (zone dangereuse de

Lefour), que leur insertion au niveau du hile utérin, les empêche, s'ils sont sessiles, de quitter le pelvis pendant la grossesse ou le travail.

Pelviens ils sont, pelviens ils restent ; voilà pourquoi les plus dangereux pendant la gravidité ils le sont encore pendant le part ; sans qu'il y ait d'ailleurs liaison intime entre ces deux groupes de manifestations. C'est pour la même raison que Frank incrimine si fortement les fibromes de la portion sus-vaginale du col.

Sans doute, leur ramollissement inconstant d'ailleurs et quelquefois plus apparent que réel, leur permettra de s'effacer au devant du promontoire et du sacrum.

Mais leur complaisance a des limites, et même en les repoussant on ne saurait obtenir d'eux des déplacements vraiment trop surnaturels (Turner). Il en est que des adhérences immobilisent encore plus complètement (Fawell. Adenot. Mackeurodt).

Une faible mobilité suffirait sans doute pour mettre hors de cause, des fibromes moyens de la paroi antérieure ; mais ceux de la paroi postérieure, pour ainsi dire largement incarcérés dans la concavité sacrée, bloquent celle-ci, la rendent inutilisable au pariétal postérieur ; et c'est de ceux-là qu'on peut dire avec Turner que s'ils ne sont pas réductibles au delà de deux centimètres d'épaisseur, il seront fatalement cause de dystocie.

Les fibromes du col, f. *prævia*, déjà nuisibles par la rigidité dont ils sont cause, agissent encore soit en formant une volumineuse *bonde* pelvienne, exceptionnellement accouchée au devant du fœtus ; soit par la

forme bizarre qu'ils donnent au col, à la filière génitale (dans l'obs. V de Delagenière, le col et le segment inférieur formaient une étroite fente antéro-postérieure).

Il ne faut pas s'exagérer la fréquence des accidents. Tous les jours des femmes atteintes de fibromes accouchent bien et simplement ; on est même parfois étonné de la bénignité inattendue de gros fibromes menaçants (Lepage. S.O.G. et P. 1903. La Torre. Cong. de Paris, 1900, etc). M. Maygrier rapporte dans ses leçons qu'il avait un jour tout préparé pour une césarienne qui fut inutile.

La statistique de Fieux (Bordeaux), portant sur 25.438 accouchements, ne comprend que douze cas de fibromes compliquant le travail (3 forceps, 6 versions).

Celle de Valenta von Marchturm donne 6 interventions pour fibromes sur 24.000 accouchements.

A Florence, sur 8.000 accouchements, Basso ne relève que 4 interventions pour fibromes (de 1894 à 1903).

Peut être ces statistiques donnent-elles une idée trop avantageuse des grossesses fibromateuses. Il y a beaucoup de cas où le fibrome fut un obstacle insurmontable au travail (Voy. les tableaux du beau *Traité de gynécologie* de Pozzi).

C'est qu'il faut distinguer : bénins, s'ils ne sont pas trop gros, les fibromes du fond, les fibromes pédiculés qui même engagés peuvent être réduits ! graves au contraire les fibromes sessiles du col et du segment inférieur insuffisamment irréductibles.

Voyons du reste la statistique de Méheut qui passe pour favorable.

Sur 80 accouchements, prématurés ou non, on est intervenu 19 fois : 15 forceps pour inertie ou lenteur du travail ; 2 versions internes ; 1 forceps au détroit supérieur ; 1 hystérectomie, 1 Porro.

Neuf enfants sont morts du fait de ses difficultés (11,25 0/0) ; 4 morts maternelles (dont une par infection à la suite de travail impossible. Porro), soit 5 0/0.

En nous limitant aux cas où le fibrome siégeait dans la moitié inférieure de l'utérus, nous en trouvons spécifiés 8, dont 6 interventions : 2 forceps simples ; 1 forceps au détroit supérieur, 1 version interne, 1 hystérectomie, 1 Porro ; c'est-à-dire presque tous les cas graves de la totalité. Soit : une mort de femme, 12.5 0/0 ; 4 d'enfants, 50 0/0.

Ces chiffres ne sont pas absolument tranquillisants et l'on conçoit qu'il y ait eu lieu de se demander si l'on ne pourrait prévoir ces accidents et les éviter.

Plus encore peut-être le *post-partum* peut éveiller une semblable préoccupation (Bæcker. Pozzi).

Dès le moment de la délivrance on verra survenir l'*hémorragie*. Elle reconnaît pour cause l'inertie qui suit un travail pénible ; le manque de tonicité, l'insertion du placenta sur l'aire du fibrome (Wertheim).

Habituellement légère et vite arrêtée, elle peut prendre des proportions terribles. En 1897, à Beaujon, Ribemont-Dessaignes et Lepage ont ainsi perdu une femme malgré la délivrance artificielle et le tamponnement.

Delagenière eut beaucoup de peine à maîtriser une

perte de ce genre ; et c'est un des accidents que redoute le plus M. Pozzi.

L'*infection* est redoutable comme après l'avortement ; et comme après lui elle dépend souvent de la rétention placentaire ou membraneuse ; parfois d'une *nécrose primitive* du fibrome. Le plus souvent celle-ci est secondaire à l'infection et prend la forme de *gangrène suppurée*. Cette nécrose nécessita l'hystérectomie dans les deux cas de Lea et de Russels Andrews.

La suppuration peut former un abcès local et affecter des formes bizarres. Neugebauer (cité par Wertheim) vit le pus collecté en une poche qui s'évacua par l'ombilic ; dans le cas de Funk (*ibid*), consécutif à un avortement, les débris gangrenés d'un myome sous-séreux furent expulsés par le vagin, le rectum, la vessie.

Cette nécrose n'est que l'exagération des phénomènes régressifs habituels, sur qui quelques accoucheurs comptent d'une façon trop absolue. Eh bien ! elle est si peu constante, que non seulement les fibromes ne régressent pas toujours (Voy. plus haut), mais qu'encore on en a vus qui bien tolérés jusque-là n'ont manifesté leur gravité qu'après les couches ; tel le cas suivant :

Obs. XX (*résumée*). — Delagenière (*Arch. prov. ch.* 1900).

Femme de 30 ans, réglée à 13 ans, abondamment, mariée tard, a eu un enfant, il a 22 mois ; hémorragie importante. On constate à ce moment la présence du fibrome.

A la suite de l'accouchement, plusieurs ménorragies ; à chaque période l'anémie augmente ; bientôt rien ne peut plus arrêter les hémorragies menstruelles.

Elle refuse l'intervention, se soumet au traitement électrique et après trois séances est prise d'accidents septiques (janvier). Meurt en mars.

Nous sommes éclairés sur la nature des dangers qui guettent la femme à utérus fibromateux, à partir du moment où elle devient enceinte. L'intérêt est de savoir quels sont les risques que court chaque femme en particulier: les accidents graves sont-ils fréquents ?

La majorité des accoucheurs et gynécologistes penchent vers l'opinion contraire, et il semble bien que cette fréquence n'est pas grande. Mais c'est une exagération manifeste que d'affirmer comme Hofmeier qu'il y a peu de différences entre une grossesse simple et une grossesse compliquée de fibromes.

Il est difficile de trouver dans une statistique telle que celle de Méheut les éléments suffisants pour discuter la question. Une maternité n'abrite guère les femmes qu'inquiète une tumeur, dans les premiers mois de la grossesse. C'est aux chirurgiens qu'elles s'adressent, ignorant le plus souvent qu'elles sont enceintes ; et ce sont les chirurgiens qui tous les jours rapportent des cas de nature à assombrir le pronostic de ces sortes de grossesse.

Et à vrai dire la statistique de Méheut n'est peut-être pas aussi encourageante qu'il l'a cru.

Sur la totalité des 85 cas, il y a 18 accouchements

avant le neuvième mois (21,17 0/0) ; les enfants sont morts ou ont été sacrifiés (opération chirurgicale) 20 fois (22,98 0/0).

La mortalité maternelle, 5 cas, est de 5,11 0 0.

Méheut, il est vrai, n'attribue aux fibromes que deux morts ; mais si l'on veut des statistiques comparables, il ne faut pas effacer du côté des cas de fibromes toutes les causes banales de mort et comparer les résultats à une statistique de grossesses non fibromateuses dans laquelle on les aura laissées subsister.

D'ailleurs les cas d'éclampsie, d'hépatotoémie, ne sont peut-être pas aussi indépendants qu'il le voudrait de la présence du fibrome.

Puis cette statistique comprend tous les cas de fibromes insignifiants ou volumineux, abdominaux ou pelviens.

Le décompte des 10 cas de cette dernière espèce, la seule qui nécessite vraiment la discussion du pronostic donne 1 avortement, 2 accouchements prématurés 1 hystérectomie au troisième mois ; une mortalité maternelle de 20 0/0, infantile de 50 0/0.

Il est difficile de trouver par ailleurs de justes éléments d'appréciation ; les observations publiées n'ayant que la valeur de faits isolés sans qu'on puisse en tirer une loi de proportionnalité. Cependant le fait qu'il n'est pas de chirurgien qui n'en ait rencontré quelques cas dans sa pratique (nous en devons quatre observations inédites à notre excellent maître le Dr Ch. Martin), le nombre assez imposant qu'en ont pu réunir Thumim, M. Pozzi dans leurs tableaux, tout cela permet de croire

que les complications ne sont pas absolument rares, si la conception a pu se produire dans un utérus fibromateux.

Si, à l'instar de M. Delbet, on objecte que les chirurgiens n'ont l'occasion de voir que des faits graves, que nos voisins d'outre-Rhin qui réunissent dans les mêmes mains l'obstétrique et la gynécologie affirment plutôt la bénignité du fibrome, on peut répondre que c'est à Olshausen que M. Pinard reproche d'avoir jeté l'alarme par un tableau trop noir ; que Seeligmann, Mackenrodt, Thumim (bien que très modéré) ne sont pas absolument rassurés et envisagent comme très possible la nécessité d'une opération ; que Bæcker sans croire à la *grande* fréquence des complications, reconnaît qu'exceptionnellement elles peuvent être graves, que bien des facteurs mal connus peuvent avoir dans chaque cas une signification différente et assombrir le pronostic. C'est ainsi qu'il accorde la bénignité des myomes sous-séreux du corps, mais déclare très graves les fibromes du col, vaginaux et surtout sus-vaginaux. C'est, croyons-nous, le véritable point de vue : les complications ne sont pas également fréquentes et graves dans toutes les espèces de tumeurs. Et s'il faut conclure c'est à ce même Bæcker que nous emprunterons un jugement : « On doit reconnaître que communément le fibrome n'influence pas la marche de la grossesse ; pourtant la femme depuis le début de la grossesse jusqu'à l'expiration de la puerpéralité se trouve dans une *position périlleuse*, et le danger de mort, comme une épée de Damoclès, plane constamment sur sa tête. »

Ce n'est qu'un risque, mais enfin c'est un risque.

En quelle considération faut-il le prendre ? Quand doit-il nous armer ? C'est ce que nous allons discuter maintenant.

CHAPITRE II

Des motifs qui peuvent justifier une intervention dans le cas de grossesse compliquée de fibrome.

Que la gravité, rare ou non, de quelques-uns des symptômes étudiés, commande une intervention au cours de la grossesse, lorsque par eux la vie de la femme est en jeu, à bref délai et que le pronostic fatal n'est pas douteux, personne n'y contredit. Et ces symptômes sont : la marche galopante, la cachexie avec dyspnée, troubles gastriques, la réaction péritonéale intense, la compression mettant un obstacle aux fonctions intestinales et urinaires et s'accompagnant de troubles de l'état général.

Mais en dehors de ces opérations vraiment d'*urgence*, y a-t-il des circonstances où il faille sortir de l'abstention ? ou même quel sens faut-il donner à ce terme: *menaces immédiates* si souvent employé pour délimiter le territoire de l'expectation ? Les divergences d'opinion sur ce point se sont surtout exprimées au Congrès de médecine international de Paris 1900, au Congrès

d'obstétrique et gynécologie de Nantes 1901 ; aux Sociétés de gynécologie, obstétrique et pédiatrie (1900, 1901, 1903) et de chirurgie (1902).

D'un côté nous trouvons une minorité d'éminents chirurgiens, qui non seulement considèrent que l'apparition de troubles sérieux, sans être très graves, légitime une intervention radicale ; mais encore estiment que souvent la seule coexistence du fibrome et de la grossesse est un danger dont il faut délivrer la femme, Ce sont ces interventionnistes qui croient à la fréquence des troubles graves pendant la grossesse.

C'est M. Schwartz, qui en dehors des grands troubles de compression, de l'hémorragie, admet encore comme indications « la gêne *valable* des fonctions respiratoires et digestives, la tendance des fibromes à croître rapidement. »

Il est partisan de l'hystérectomie, au moment, où le fœtus n'étant pas encore viable, le fibrome obture la cavité pelvienne. On opérera enfin toute tumeur éventuellement menaçante dont l'ablation ne paraît devoir compromettre ni la continuation de la grossesse, ni l'existence de la femme (Schwartz et Hepp).

Ce sont MM. Labadie-Lagrave et Legueu qui écrivent: « Les statistiques de Lefour-Süssorott montrent la gra-
« vité de l'accouchement même quand il est facilité par
« le forceps ou la version. Donc attendre, c'est com-
« promettre la mère et souvent l'enfant ; pratiquer
« l'accouchement prématuré, c'est compromettre l'en-
« fant sans toujours sauver la mère. Le mieux est donc,
« si l'on prévoit des difficultés pour la grossesse ou

« pour l'accouchement, de pratiquer l'ablation de la « tumeur.»

C'est surtout M. Richelot, qui, affirmant la fréquence des accidents, se tient prêt à intervenir dès qu'ils apparaissent, reconnaît au fibrome les mêmes indications opératoires, qu'il soit gravidique ou non et n'hésite pas à intervenir lorsque la femme lui paraît en état de légitime défense.

Pour les accidents graves, immédiatement dangereux, ce doute n'est pas possible ; mais en outre le nombre, le siège des tumeurs ou leur développement rapide paraissent justifier l'intervention. « Il y a lieu de sacri- « fier une grossesse problématique à une intervention « sûre... Dans certains cas le chirurgien doit agir « *préventivement* s'il veut sauver la femme. »

C'est aussi l'avis que M. le professeur agrégé J.-L. Faure a bien voulu nous exprimer personnellement.

M. Condamin (de Lyon) attache une grande importance aux phénomènes douloureux. « Quand la situa- « tion du fibrome paraît incompatible avec un accou- « chement normal, il faut intervenir le plus tôt possi- « ble pour éviter les risques d'avortement causés par « la présence de ce fibrome, et surtout les complica- « tions possibles au moment de l'accouchement. »

A l'étranger, Bland-Sutton est également un ardent défenseur de l'intervention préventive. Au Congrès de Lisbonne, Suarez de Gamboa (Mexico) a émis l'opinion un peu radicale d'intervenir sitôt le diagnostic fait.

Au contraire presque tous les accoucheurs, la majorité des chirurgiens sont, avec des nuances, pour l'expec-

tation. En aucune sorte ils n'admettent d'intervention purement préventive. Le fibrome si gros, si mal placé soit-il, ne cause guère que des troubles insignifiants? Laissons-le évoluer jusqu'au terme, où nous pourrons avoir un enfant vivant, même si par son volume il paraît devoir être un obstacle insurmontable à l'accouchement, qui est d'ailleurs exceptionnellement difficile ou impossible (Pinard).

Des troubles sérieux apparaissent; attendons encore, comptons sur l'évolution favorable et bien connue du fibrome.

L'utérus va s'élever, la tumeur s'amollir, cesser de croître, se déplacer. La femme sera peut-être encore un peu gênée au cours de sa grossesse, mais la presque certitude d'avoir un enfant vivant vaut bien ces petites misères. Les risques que court la mère ne sont pas suffisants pour mettre le bistouri à la main et même s'il y a doute, ce doute doit profiter à l'enfant (Varnier).

« En effet, il n'est pas juste de dire que les indica-
« tions sont les mêmes que si le fibrome existait seul.
« La présence d'un fœtus vivant doit d'autant plus
« arrêter le bistouri qu'après sa sortie de l'utérus on
« verra souvent les accidents disparaître » (Lepage).

M. Pinard appuie cette opinion de sa haute autorité; c'était celle de Varnier; c'est celle de M. Lepage; à à peu de choses près celle de M. Brindeau.

Méheut réflétant leur enseignement conclut que « jamais on n'opérera préventivement au sens propre du mot, mais seulement en présence d'un danger cons-

taté ». Mais encore faudra-t-il préciser quelle est la limite de démarcation !

« Lorsqu'on hésite, la considération du volume, de la situation du fibrome ne doit pas entrer en ligne de compte pour les décisions à prendre au cours de la grossesse. » Nous verrons ce qu'il faut penser de cette assertion et principalement en ce qui concerne la situation du fibrome.

A l'avis de M. Pinard se rallient parmi les chirurgiens MM. Routier, Quénu, Segond, Delbet, Monprofit, abstentionnistes en principe. L'apparition seule des accidents peut justifier une intervention. Seulement il y a là pour eux, comme pour M. Richelot, une question de nuances et de sens clinique dans l'appréciation des accidents.

M. Quénu ne tient compte que des accidents présents et parmi eux attache surtout de l'importance à l'état général, résultante fonctionnelle.

M. Delbet pense qu'il serait absurde de laisser tomber la femme en péril de mort ; il est cependant juste de savoir patienter un peu plus lorsque l'utérus est gravide. Du reste il semble disposé à intervenir d'une façon relativement précoce.

M. Pozzi s'exprime ainsi : « L'expectation devra donc « être une règle à peu près absolue. L'intervention « n'est légitimée pendant la grossesse que lorsque sur- « viennent des accidents graves pouvant compromet- « tre la vie de la malade. Ces accidents menaçants, ca- « pables de conduire à une intervention rapide, sont le « plus souvent des troubles de compression du côté de

« la vessie et du rectum ; des douleurs violentes qui « quelquefois ne laissent pas à la malade un moment de « repos ou de sommeil ; une gêne circulatoire se tra- « duisant par des œdèmes étendus ; l'insuffisance car- « diaque avec les palpitations, les étouffements pénibles « qui l'accompagnent. Ce seront enfin les vomissements « répétés pouvant devenir incoercibles ; les hémorra- « gies abondantes, les phénomènes d'irritation périto- « néale ou encore une rapide augmentation du volume « du fibrome qui peut affecter une marche véritable- « ment galopante... Lorsque la situation paraît dange- « reuse... il ne faut plus temporiser. »

Ce sont là, magistralement indiquées, les indications générales. Mais sans admettre l'intervention préventive en vue d'une dystocie, et préférant l'opération au moment du travail, M. Pozzi a laissé percer quelques inquiétudes sur l'avenir de la mère, par exemple à la Société d'Obstétrique Gynécologie et Pédiatrie 1903, où aux conclusions de M. Lepage il apportait quelques restrictions, inspirées surtout par la crainte des hémorragies mortelles de la délivrance.

Nous retrouvons chez d'autres chirurgiens des préoccupations analogues. M. Delagenière qui reconnaît les mêmes indications générales que M. Pozzi semble disposé à admettre éventuellement quelques indications particulières.

Ses conclusions restreignent un peu le domaine de l'abstention : « Si la grossesse, quel que soit son âge, n'a « jamais rien présenté d'anormal, si les fibromes sont « petits, ou si, de volume moyen ou considérable, ils

« sont situés dans une zone de tolérance comme le fond « de l'utérus, si la grossesse et l'accouchement parais- « sent devoir se faire normalement, nous n'hésiterons « pas à déconseiller toute intervention. » Mais au cas contraire: zone dangereuse d'insertion dangers vraisemblablement imminents pour la grossesse ou le travail ?

Et plus loin il indique sans *restrictions,* comme une *indication absolue* la compression des organes urinaires et du rectum, « lorsque la tumeur est située dans le segment inférieur » ; et il est disposé à étendre d'autant plus les indications que le fibrome se rapproche davantage de cette zone.

Avec M. A. Martin (de Rouen) paraît le souci de prévenir en quelques cas des accidents dystociques comme ceux dont il a été plusieurs fois le témoin.

Partisan de l'opinion de son maître Pinard, il croit qu'elle peut subir quelque tempérament suivant les circonstances.

Il semble aussi y avoir quelque malaise dans les conclusions des auteurs allemands. A peu près tous (sauf Schrœder et son école) se rangent du côté de l'expectation. Mais devant la complexité, la variété des faits, un certain nombre ne peuvent arriver à une formule bien précise et dépourvue de toute contradiction.

Si Wertheim affirme catégoriquement que ce sera une règle de plus en plus générale de n'agir qu'en présence de troubles menaçants, et que dans ces conditions l'intervention sera relativement rare, voici en revanche des hésitants. Bœcker, qui préconise l'abstention après le troisième mois commencé, croit cependant les

risques assez grands pour qu'on doive provoquer l'avortement pendant les six premières semaines. La nature des complications est liée à la nature des tumeurs et le pronostic lui apparaît incertain et variable (voy. fin du chap. I).

Thumim ne se prononce pas bien franchement. Frank conclut que les indications sont rares et constituées en dehors des compressions graves, par l'hémorragie, l'accroissement rapide de la tumeur et surtout la nécrose, un peu aussi par la présomption que le myome pourra être une cause d'interruption prématurée de la grossesse. Il croit que les opérations préventives, pour assurer l'accouchement, doivent être de plus en plus restreintes.

Mais quelques pages auparavant il écrivait : « Nous « pouvons poser comme règles que les myomes seront « l'objet d'une intervention seulement si nous pouvons « *présumer* qu'ils causeront des troubles de la gros- « sesse, de l'accouchement et des suites de couches. Il « est clair qu'on entreprendra mainte intervention « pour éviter ces troubles. » Thorn, Mackenrodt, Seeligmann semblent tout disposés à intervenir en ces conditions et l'ont fait plusieurs fois.

C'est qu'on ne saurait, croyons-nous, admettre une formule uniforme. Certes, la règle générale est celle-ci : *L'intervention ne sera motivée que par des troubles sérieux existants.* Mais un axiome aussi simple peut-il nous guider dans le dédale des faits ? Doit-on discuter sur *le* fibrome compliqué de grossesse et sans chercher à savoir si celui-ci est ou non une cause fréquente d'ac-

cidents graves, le nœud de la question ne consiste-t-il pas à prévoir quels fibromes sont en puissance un danger, à quel moment ils se révèlent comme tels, dans quelles limites l'expectation sera justifiée ? Ne saurait-on se demander si dans des cas définis, de sérieux arguments ne sont pas de nature à faire admettre l'intervention, sinon rigoureusement préventive, du moins *plus précoce* ; et si dans d'autres cas, au contraire, on ne peut pas compter sur une tolérance plus grande.

L'aphorisme de Pestalozza est toujours vrai : « L'histoire des fibromes compliqués de grossesse ne peut être encore qu'anecdotique. » Il y a pour chacune de ces tumeurs fibreuses une symptomatologie, un pronostic, une thérapeutique qui lui sont particuliers, et c'est ce que M. Richelot exprimait justement quand il disait que c'est affaire de clinicien que de juger du moment qui précède immédiatement l'apparition des troubles graves.

Ne doit-on pas chercher pourtant à préciser davantage et faut-il s'en tenir à l'impression personnelle qui risque d'égarer. Si la complexité des facteurs, la diversité troublante de l'évolution ne permet pas de strictes formules *à priori*, l'idéal serait d'apprécier chaque cas qui se présente en le rapprochant de faits aussi semblables que possible : et d'avoir ainsi des raisons assez précises de pronostiquer l'avenir de chacun.

Malheureusement la chose est prématurée sinon impossible. La plupart des observations, négligeant ce point de vue, ne nous donnent pas avec l'abondance

désirable et la précision suffisante les renseignements concernant la forme, le volume, la situation, les rapports immédiats et médiats de la tumeur ; l'évolution qu'elle a suivie, la nature, le degré d'intensité des phénomènes et leur marche.

En l'absence de ces documents nécessaires pour établir en quelque sorte une « casuistique » des fibromes gravidiques, on peut chercher à fixer dans des limites flottantes il est vrai, quelques règles particulières, préférant la conduite qu'il semble préférable de tenir suivant les principales variétés de tumeurs fibreuses ; vues modifiables encore par quelques considérations individuelles.

Car c'est en quoi une des conclusions de Méheut (citée, page 63) nous paraît illogique. C'est justement dans le cas d'accidents sérieux, semble-t-il, sans qu'on puisse pourtant en établir le pronostic prochain, que la considération du siège et du volume du fibrome sera pour nous une lumière et aidera à fixer les bornes de l'expectation ; c'est lorsqu'on hésite, que le cas paraît douteux, c'est alors qu'on pourra faire entrer en ligne de compte, avec ces mêmes facteurs, les risques de l'accouchement, puisqu'il ne s'agit que d'opposer à des probabilités d'autres probabilités.

Et sans anticiper sur le chapitre suivant, il sera permis de se demander dès maintenant si la prise en considération d'une opération conservatrice comme la myomectomie ne sera pas de nature, dans les cas douteux, à faire admettre plus facilement une intervention

alors qu'on reculerait justement devant un acte aussi radical que l'hystérectomie.

Dans la recherche de la conduite à tenir, il faudra toujours avoir en vue ce grand principe : c'est qu'on doit tâcher d'assurer avant tout aussi bien la vie de la mère que le succès de la grossesse. C'est pour cela que *l'abstention doit être en règle générale préférée aux interventions purement prophylactiques* qui ne tiennent pas assez compte des chances habituelles d'évolution favorable, dont nous pouvons apporter ici deux cas inédits. Dans l'un d'eux, malgré des symptômes, qui pouvaient à la rigueur justifier une opération, l'expectation prudente fut cependant couronnée de succès :

Observation XXI (*inédite*). — M. le professeur Pozzi. (Observation recueillie *dans le service de clinique gynécologique.*)

Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus coexistant avec une grossesse. Légers troubles. Évolution favorable et spontanée de la grossesse et de l'accouchement.

Femme N..., 42 ans, occupant le n° 1, de la salle Huguier.

Maladive dans son enfance, elle est restée quelque peu souffreteuse jusqu'à sa première grossesse.

Réglée depuis l'âge de 14 ans, elle l'a été depuis d'une façon régulière mais abondante, et avec vives douleurs lombaires.

Première grossesse à 26 ans. Accouchement terminé en douze heures. Délivrance pénible, hémorragique. Enfant vivant mais débile. Le retour de couches est survenu trois mois après;

depuis ce moment les règles ont été moins abondantes qu'auparavant.

Deuxième grossesse à 28 ans; une troisième à 31 ans. A chaque fois on constate, paraît-il, une certaine tendance hémorragique.

Il y a sept à huit ans, la malade a commencé à souffrir fréquemment de douleurs abdominales, surtout marquées dans le bas-ventre et irradiées dans les reins.

Il y a deux ans, elle a eu pendant longtemps des pertes blanchâtres ou roussâtres, inodores, et constaté un certain accroissement d'embonpoint, sans modification sensible de la menstruation. Ces symptômes disparaissent après une perte sanguine abondante survenue au bout de quelques mois. Cette hémorragie dura onze jours; pendant les premiers jours elle s'accompagna de vives coliques; elle se termina spontanément par l'expulsion de débris solides (caillots, œuf??)

Au commencement de 1906, les douleurs abdominales, jusque là imprécises et éloignées, deviennent peu à peu plus intenses et plus fréquentes. Le ventre augmente de volume ; il existe une sensation permanente de pesanteur hypogastrique. Les mictions sont fréquentes et peu abondantes. Dernières règles: 19 mai; elles ont duré deux jours. Immédiatement après l'accroissement du ventre devient soudain plus manifeste. Il survient des nausées, des vomissements. Les douleurs tendent à devenir constantes.

Ces symptômes et la gêne de la miction décident la femme à entrer à l'hôpital Broca, service de M. le professeur Pozzi, le 19 novembre 1906.

A son entrée on constate un ventre volumineux, proéminent ;

par le *palper* on reconnaît que l'utérus remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ce palper n'est douloureux que dans la fosse iliaque et l'hypogastre droits ; il provoque alors une douleur profonde, en arrière. La douleur spontanée, à peu près constante, n'est du reste pas très vive.

Les mamelons sont bronzés, les tubercules de Montgomery saillants ; la pression fait sourdre du liquide des seins.

Au *toucher* le col est élevé, un peu ramolli, déchiré transversalement. Le cul-de-sac postérieur est empli complètement par une tumeur volumineuse très irrégulière, dure, qu'on ne peut délimiter et qui semble accolée à la face postérieure de l'utérus.

On porte le diagnostic de grossesse compliquée de fibrome (peut-être de fibro-sarcome, vu la marche rapide, semble-t-il). M. Pozzi ne trouvant pas d'indication suffisante pour intervenir, décide de mettre la malade au repos, en la surveillant étroitement.

Sous l'influence du repos les symptômes pénibles s'amendent rapidement.

Le 19 janvier 1907. — Le palper révèle l'existence d'un fœtus mobile, dont la tête est à droite, le siège à gauche.

Le col est repoussé en avant, douloureux. On sent derrière lui une masse qui semble plus grosse que le poing ; un peu plus élevé qu'au premier examen.

On perçoit les bruits du cœur fœtal.

Le 27 février. — Le ventre est un peu plus volumineux que celui d'une femme près du terme. Le sommet de l'utérus atteint le bord inférieur des hypocondres. La tête fœtale est mobile au-dessous de l'excavation, un peu à droite ; le siège est au-dessous de l'hypocondre gauche, le dos à droite. Le palper, presque

indolore ailleurs, est toujours un peu douloureux profondément dans la partie droite du bas-ventre.

Col ramolli, entr'ouvert, à peu près médian ; assez élevé. Le doigt aussi profondément qu'il peut aller sent les culs-de-sac libres et indolores.

Les symptômes douloureux et urinaires sont maintenant insignifiants.

Cette femme a accouché très normalement d'un enfant vivant le 24 mars 1907. On dut faire une simple application de forceps pour hâter un peu la délivrance.

Elle est sortie guérie, sans avoir subi de nouvel examen gynécologique ; mais promettant de revenir.

Observ. XXII (*inédite*). — MM. Pozzi et Couvelaire (due à la complaisance de M. le Dr Couvelaire, chef de laboratoire à la clinique Baudelocque).

Utérus fibromateux chez une multipare. Pyélonéphrite au cours de la grossesse. Accouchement spontané à sept mois et demi. Enfant vivant.

Multipare de VII, âgée de 46 ans. Élevée au sein maternel ; elle ignore l'âge exact de ses premiers pas, mais sait qu'ils ont été précoces. Elle est à sa septième grossesse ; les six précédentes se sont toutes terminées à terme, avec enfants vivants et bien portants, élevés au sein maternel : les suites de couches ont toujours été normales.

Les règles sont apparues à 17 ans et ont toujours eté régulières, jusqu'à la dernière grossesse qui remonte à 16 ans.

Depuis 16 ans : après accouchement normal les règles revin-

rent régulièrement pendant l'allaitement, mais beaucoup plus abondantes, avec un caractère hémorragique.

Trois ans après elles devinrent plus fréquentes se produisant tous les quinze jours, avec la même abondance.

En 1901, la malade consulta le Dr Tillaux pour la fréquence et l'abondance des règles ; il diagnostiqua une rétroflexion très prononcée avec un peu de salpingite gauche, et ne fit aucune mention de tumeur utérine.

En 1904, elle consulte une seconde fois pour hémorragie On perçoit alors une tumeur utérine avec rétroversion.

En 1906, le 8 août, les règles manquent ; il survient des nausées accompagnées de vomissements. Aux mois de septembre, octobre et novembre, à l'époque des règles apparaissent encore quelques gouttes de sang ; enfin cessation complète de toute perte sanguine.

A la première suspension des règles elle consulta un médecin pendant une saison à Vichy ; il ne fit pas le diagnostic de grossesse mais confirma la présence des fibromes utérins.

Elle fut encore examinée par plusieurs chirurgiens qui laissèrent en suspens le diagnostic de grossesse.

Au cours du sixième mois elle eut la perception des mouvements actifs du fœtus.

La grossesse évolua normalement jusqu'au quatrième mois. En décembre survient une grippe avec élévation thermique ; alors apparaît dans les urines de l'albumine qui persiste jusqu'au terme.

Les urines en contenaient 5 grammes la veille de l'accouchement. Le régime lacté est institué quinze jours avant le début du travail. A l'albumine se joignit dans les derniers temps la présence d'une certaine quantité de pus.

C'est au moment de l'accouchement le 19 mars 1907 qu'elle est vue par M. le professeur Pozzi et par M. Couvelaire qui constatent la présence de deux fibromes : l'un plus gros que le poing siège au fond de l'utérus un peu à droite; l'autre du volume du poing est situé à la partie supérieure de la paroi gauche. Rien ne réclamant une conduite plus active l'expectation est résolue et M. Couvelaire surveille l'accouchement.

Celui-ci fut très normal. La tête était engagée dès le début du travail qui ne dura que cinq heures, et ne présenta rien de particulier. Le placenta fut expulsé spontanément mais découronné, avec rétention complète des membranes dont M. Couvelaire jugea prudent de faire immédiatement l'extraction manuelle.

L'enfant, vivant, pesait 1.790 grammes ; il s'élève parfaitement après vingt jours de couveuse.

Suites de couches. — Le premier jour l'utérus remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sa régression fut lente : au trente-deuxième jour il était encore à quatre travers de doigt au-dessous du pubis.

L'écoulement lochial fut normal ; il y eut expulsion de quelques débris membraneux et au cinquième jour légère odeur, puis rien de particulier. On se contenta de simples toilettes extérieures.

Pendant les huit premiers jours, les urines restèrent purulentes ; la quantité d'albumine pendant ce laps de temps passait de 4 grammes à 0 gr. 50. Il y avait un peu de céphalée.

L'accouchée était au régime suivant: eau de Vichy, 1 litre ; eau d'Evian, 900 grammes ; un peu de lait et de bouillon de légumes.

Au neuvième jour, les urines étant claires, l'albumine réduite à 0 gr. 50 ; un peu de pommes de terre au lait; à quoi on ajouta

du dixième au quinzième jour des biscottes matin et soir.

Le vingt-septième jour légumes verts et fruits cuits à un repas par jour. Le vingt-neuvième, réapparition d'écoulement sanguin pendant quatre jours.

Le trente-deuxième jour : les urines sont normales en émission et coloration. Il ne reste qu'un léger nuage albumineux.

L'état général est bon.

Le quarantième jour, retour de couches ; écoulement sanguin abondant, nécessitant des injections vaginales à 50° et le repos couché. Au bout de dix jours plus rien. Santé bonne. Il persiste un léger nuage d'albumine.

A aucun moment il n'y a eu de température. Le pouls a été un peu fréquent le huitième jour (nervosisme).

Malheureusement quelque désir qu'on en ait, une pareille ligne de conduite ne peut toujours être suivie.

Toutes les tumeurs n'ont pas la même bénignité ; il en est d'autres dont il est si facile de se débarrasser, que le risque opératoire devient vraiment presque insignifiant au regard de ceux que présente l'évolution spontanée.

Il faut donc tâcher d'établir les règles particulières qui préciseront suivant les circonstances le rôle du chirurgien.

La topographie des tumeurs paraît être le « caractère dominateur » qui doit présider à une classification des fibromes au point de vue du traitement. C'est elle qui déterminera la symptomatologie, le pronostic et surtout le mode opératoire.

Nous diviserons les fibromes en :

A) Fibromes vaginaux : pédiculés ; interstitiels.

B) Fibromes pelviens comprenant surtout les fibromes du segment inféricur (portion sus-vaginale du col et isthme).

C) Fibromes abdominaux : pédiculés ; sessiles.

A tous points de vue les fibromes sus-vaginaux du col s'éloignent des fibromes vaginaux et se rapprochent de ceux de l'isthme.

A. — Fibromes vaginaux.

Assez souvent les fibromes pédiculés ou *Polypes* sont cause d'hémorragies graves ou répétées, devant lesquelles on n'hésitera pas à intervenir. Mais même s'ils ne donnent pas lieu à des accidents il semble préférable de s'en débarrasser immédiatement. Exposant toujours à l'hémorragie et par suite cause fréquente d'anémie et d'avortement (12 0/0 d'accouchements prématurés et d'avortements), très enclins à la nécrose, source de grave infection, ils prennent souvent vers la fin de la grossesse un développement exagéré qui nécessitera au moment de l'accouchement une intervention plus aléatoire, porte ouverte à l'infection.

Au regard de ces risques on peut compter presque pour rien une opération si bénigne, qu'en 1882, époque encore peu favorable, Chahbazian sur sept cas ne trouvait qu'une mort et un avortement (imprudence de la femme... infection).

On peut dire avec M. Dartigues que, dans le cas de tumeurs de ce genre c'est l'abstention et non l'opéra-

tion qui expose à l'avortement et que « l'opération se présente dans des conditions de telle simplicité qu'il vaut mieux procéder le plus tôt possible à l'ablation pour n'avoir pas à y songer plus tard. »

Exceptionnellement un *fibrome interstitiel* du col sera assez volumineux pour déterminer des accidents de compression, et alors lui conviendront les mêmes règles de conduite que s'il s'agit d'un fibrome pelvien.

Mais avant d'avoir un volume bien considérable le fibrome du col est une cause fréquente d'hémorragies qui peuvent être mortelles (cas de Hayes, cité par Chahbazian). Leur intensité doit être un motif absolu d'intervention. Ce sont là les indications que reconnaît Grosse : hémorragies profuses, compression grave.

Doit-on les limiter là, et parce que le seul trouble à consisté en perte sanguine, cédant facilement au traitement médical, garder l'expectation ?

La gravité de l'accouchement dans les cas de fibrome du col a amené Turner à se demander s'il ne vaudrait pas mieux agir préventivement devant un fibrome en croissance progressive. Sur 76 accouchements de Chahbazian on relève une mortalité maternelle de 32 0/0 ; fœtale de 57 0/0. Il est vrai qu'il s'agit de cas presque tous graves, les autres n'ayant pas attiré l'attention des observateurs.

On sait la croissance tardive de ces sortes de tumeurs : si dès le quatrième mois elles manifestent des velléités semblables faudra t-il attendre qu'elles aient pris un volume énorme aux risques de la mère et de l'enfant, qu'elles soient peut-être difficilement opérables par les

voies naturelles ? Faut-il pendant toute la grossesse, même si l'hypertrophie n'est pas menaçante, rester sous la menace d'avortement que la sténose, l'irrégularité du col et du segment inférieur rendent particulièrement dangereux ?

Tant que le myome n'est pas très gros nous avons à notre disposition l'énucléation vaginale facile et même bénigne, en dépit de la difficulté de l'hémostase. Sur 62 cas, dont beaucoup déjà *anciens*, Thumim obtient une mortalité maternelle de 9,68 0 0, infantile de 27,4 0/0, y compris les cas où la mère mourut. Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux que nous donnait tout à l'heure l'abstention. Ils seraient meilleurs aujourd'hui.

Aussi Delagénière n'hésite pas à conseiller d'agir dans le cas de myomes vaginaux sessiles ; c'est l'avis de Frank effrayé par la nécrose et la dystocie, de Turner, de Bæcker avec la réserve, fort sage, que le myome sera facilement enucléable et nettement limité à la partie inférieure du col.

Dans le cas contraire (myomes très gros, mal limités) il faudra, vu les risques opératoires, de sérieux motifs d'agir, analogues à ceux qui concernent les tumeurs pelviennes. On aura tout avantage s'ils sont bien tolérés à attendre au moins la viabilité de l'enfant.

Dans tous les cas on pourra essayer, suivant le conseil de Turner, d'attendre le quatrième mois. On opère ainsi avant le moment habituel de l'accroissement et à une époque où l'avortement est un peu moins à craindre que plus tôt.

B. — Fibromes pelviens.

Les indications opératoires des fibromes pelviens sont en général celles des fibromes abdominaux.

Mais le rôle particulier de quelques-uns d'entre eux comme agents de compression et de dystocie nécessite quelques considérations spéciales des plus importantes.

Il s'agit des fibromes de l'isthme et de la portion susvaginale du col, ou si l'on préfère du segment inférieur (et cela pourrait convenir aux très gros fibromes vaginaux).

Comme l'ont très bien vu Turner, Delagénière, Bæcker, comme l'a admis Dartigues, ces variétés de tumeurs ont des caractères spéciaux, susceptibles de modifier un peu la ligne de conduite ordinaire.

Leur insertion au hile de l'utérus, point fixe ou à peu près du levier utérin dans ses mouvements de bascule, limite beaucoup l'amplitude de leurs déplacements et ne leur permet qu'une élévation restreinte.

Dès qu'ils ont pris dans la concavité sacrée un développement quelque peu notable, ils se trouvent, bien qu'encore au large, presque virtuellement emprisonnés, n'arrivant pas à franchir la limite du promontoire. Bientôt ils seront à l'étroit dans le canal osseux où les effets de compression se montreront avec leur maximum.

Ce sont eux qui prendront part respectivement à la formation du segment inférieur d'abord, puis de l'orifice interne au début du travail, et ils deviendront

d'efficaces gêneurs pour le développement de la grossesse et des agents de dystocie.

La caractéristique de leur évolution est donc de s'effectuer presque exclusivement dans le pelvis ; ils sont pour ainsi dire primitivement voués à une incarcération qui, pour large, peut être complète. Avant même d'avoir pris un volume considérable ils sont à l'étroit dans la filière de 12 centimètres de diamètre. Et quand se sont manifestés les premiers troubles compressifs on ne peut guère, compter pour y échapper que sur le ramollissement œdémateux, probabilité qui n'est elle-même pas dépourvue de tous risques puisqu'elle peut être la première étape vers la nécrose.

Sans doute un fibrome de la paroi antérieure (bien que W. Ford considère cette variété comme la plus dangereuse) pourra subir par bascule et tiraillement des ligaments une légère ascension qui lui permettra de s'élever au-dessus de la paroi basse que forment en avant les pubis. Mais c'est exceptionnellement que ceux de la paroi postérieure, s'ils sont tout entiers pelviens, pourront s'évader de la concavité sacrée, où ils se trouvent de plus en plus bloqués au cours de leur développement.

Voici un fibrome sessile à qui son insertion ne permet qu'une insignifiante mobilité, peut-être encore diminuée par des adhérences. Il se développe dans la courbure du sacrum. De consistance ferme il comprime déjà les organes pelviens ; par son action sur le rectum il détermine depuis longtemps une constipation marquée; celle-ci tend à prendre, en dépit des purgations,

lavements, la forme d'une véritable obstruction intestinale. La compression urinaire se manifeste par une dysurie très douloureuse, une rétention incomplète à qui menace de faire suite l'infection ascendante. Peut-être y a-t-il déjà du pus, de l'albumine dans les urines. Ce sont dans les membres inférieurs, le petit bassin, les reins, des douleurs intolérables causant à elles seules une gêne cruelle ou même la perte du sommeil, de l'appétit. Nous sommes au quatrième mois de la grossesse. Il y a bien des chances qu'à ce moment la tumeur continue à s'accroître.

Allez-vous donc attendre l'apparition des symptômes généraux graves : les troubles réflexes circulatoires et respiratoires, les signes d'une circulation périphérique défectueuse ? Va-t-il falloir pour vous décider à agir une infection urinaire, une obstruction intestinale telle qu'elle se manifeste déjà par des vomissements fécaloïdes ? Est-ce seulement l'intoxication résultant de la gêne des émonctoires, la cachexie, résultante de l'état fonctionnel, l'imminence de mort qui vont vous mettre le bistouri à la main ?

Sans avoir absolument le caractère presque fatal des accidents de hernie étranglée, les symptômes actuels n'ont que bien peu de chances de rétrocéder. Tableriez-vous sur les chances que peuvent avoir une occlusion, un étranglement herniaire, de se lever spontanément, pour remettre l'intervention jusqu'au moment où tout espoir de les voir disparaître se serait évanoui ; et où la malade, pour l'œil le moins expérimenté, serait vouée à une mort prochaine?

De même ici, laisserez-vous prendre aux accidents une intensité telle que l'urgence d'agir ne soit plus douteuse pour personne, et que l'opération se fasse dans des conditions défavorables de cachexie, infection ou intoxication ?

N'est-il pas préférable, après une expectation très modérée que nous limiterions au plus à quelques jours, d'intervenir non seulement si les accidents augmentent mais encore s'ils ne s'amendent pas. Il n'est pas en effet indifférent d'opérer avant que les phénomènes très graves soient entrés en scène (voy. p. 98).

Dans les circonstances que nous supposons, c'est un leurre que de croire éluder l'opération. Pourquoi alors attendre un moment où elle sera plus grave ?

Sans doute on aime à penser que la grossesse n'est qu'une complication transitoire, qu'après elle le fibrome régressera et qu'il est pénible d'agir radicalement pour une raison temporaire. Mais les faits nous montrent que cette régression n'a pas la généralité qu'on souhaiterait lui voir ; qu'elle peut être remplacée par une aggravation menaçante.

On regrette de sacrifier la vie de l'enfant ; on voudrait mener la grossesse jusqu'à la viabilité. Mais il y a loin du quatrième au septième mois, et les statistiques nous ont montré 50 0/0 de morts du fœtus dans les tumeurs de la moitié inférieure de l'utérus. D'ailleurs le louable désir de sauver la vie de l'enfant ne doit point aller jusqu'à faire courir à la mère de pareils risques mortels. Il serait absurde de laisser mourir

celle-ci pour prolonger la gestation de quelques jours (Delbet).

La situation est assez grave pour qu'on ne doive même pas hésiter à faire le sacrifice de l'utérus ; nécessité affligeante qui, peut-être, ne s'imposera pas toujours. Sans pouvoir apporter ici des raisons aussi péremptoires que celles qui légitiment la myomectomie dans le cas de tumeurs occupant le corps utérin, nous ne croyons pas qu'elle doive de parti pris être rejetée quand on a affaire à un fibrome du segment inférieur. Sans doute nous pensons avec M. Dartigues que les difficultés peuvent être grandes. A partir du quatrième mois le segment inférieur est mince ; la zone opératoire prédispose à des hémorragies dangereuses ; elle est difficilement accessible. Pour graves que soient ces obstacles ils ne sont pas absolument insurmontables. En ce qui concerne les myomes intra-ligamentaires, M. Dartigues le reconnaît. Sur 8 cas de cette espèce que nous connaissons la guérison fut constante. Ce sont ceux de Frommel (2 cas), Taylor, Spinelli, Treub, Aimé, Guinard, Condamin. Il y eut trois avortements (Spinelli, Taylor, Condamin) ; mais la malade de Condamin peut être fortement soupçonnée d'y avoir mis de la bonne volonté. Celle de Treub, et une de celles de Frommel accouchèrent avant terme, mais d'enfants vivants. Enfin la femme de Spinelli eut une nouvelle grossesse deux mois après. En somme la vie des enfants n'a été sacrifiée que dans la proportion de 38, 5 0/0.

En ce qui concerne les fibromes de l'isthme et de la portion sus-vaginale du col, nous n'avons trouvé que

six cas d'ablation pendant la grossesse. Ce sont ceux de Valensa (*Wien. Clin. Woch.*, 1897), Engström (1889) cité par Thumim ; Schauta (cité par Frank) par myomectomie abdominale ; Mackenrodt (obs. XXVIII), Van Hasselt (obs. XXIX) et Ch. Martin (cas inédit que l'on trouvera plus bas), par myomectomie trans-vaginale ; enfin celui de Seeligmann (obs. XXXI) par les voies naturelles.

Ces six cas ne comportèrent pas de difficultés trop considérables. Le seul cas de mort est celui de Walenta, par septicémie. L'avortement, malgré le tamponnement quelquefois nécessaire ne se produisit que chez la malade de Schauta, où l'énucléation avait été complétée par la ligature des vaisseaux infundibulo-pelviens.

On ne peut pas dire que ces résultats soient décourageants ; et puisque l'alternative se pose entre l'avortement provoqué et l'hystérectomie (Dartigues), que le premier doit être condamné sans retour, pourquoi se priverait-on de la chance que nous offre la myomectomie, quitte à parfaire l'hystérectomie, s'il paraît trop difficile ou trop dangereux de garder l'utérus.

Il suffit que l'expérience ne nous l'ait pas montrée chimérique pour qu'on soit en droit de la tenter ; et c'est l'avis auquel semblent se ranger Frank qui conseille au besoin de commencer par la voie vaginale et de terminer par l'abdomen ; Pasquali qui conseille la myomectomie pour « toute tumeur bien limitée, n'atteignant pas la caduque ».

Quant à M. Ch. Martin il pense que l'opération est

indiquée, relativement facile et présentant de grandes chances de continuation de la grossesse.

C'est là une considération puissante. Conserver à la femme « sa capacité maternelle », peut-être lui permettre de mener à bien cette grossesse si menacée est un espoir capable d'encourager une intervention un peu plus précoce, de trancher court aux hésitations dans les cas douteux. Bien plus si nous réussissons, nous voilà débarrassés des appréhensions de dystocie si pressantes en ces cas de fibromes du segment inférieur, qui par une simple épaisseur de 2 centimètres rendent impraticable le petit bassin ; qui sont un obstacle à la dilatation, une menace de rupture même dans les cas où l'aplatissement de leur masse, la traction exercée vers le haut sur leurs fibres par le muscle utérin, pourraient faire disparaître le rétrécissement fibromateux. Voilà aussi disparus les graves dangers d'hémorragie, d'infection, de nécrose qui assombrissent tellement le pronostic du post-partum.

Il est impossible de savoir quelles difficultés on trouverait au cours du travail ; peut-être faudrait-il intervenir, et M. Doléris dit connaître des cas où l'intervention fut à ce moment bien moins favorable qu'elle n'eût été plus tôt.

On n'aurait plus guère à ce moment que le choix entre la césarienne simple ou avec castration, et l'hystérectomie. La première, palliative, laissant subsister un fibrome dangereux ; la deuxième plus grave qu'au cours de la grossesse.

La césarienne avec myomectomie est mal connue

surtout en ce qui concerne le segment inférieur. On ne saurait guère établir un pronostic sur les huit ou neuf cas connus, concernant presque tous des fibromes du corps. Peut-être les résultats pour la mère de cette intervention si logique ne valent-ils pas ceux qu'on obtient au cours de la grossesse.

Sans doute de telles considérations tablant sur des probabilités dystociques ne constituent pas une véritable indication. Mais enfin nous avons une grossesse troublée qui semble ne pas devoir aller à terme ; un avenir gros de menaces pour l'accouchement et ses suites. Vous ne pouvez affirmer qu'il ne faudra pas intervenir plus tard tant au cours de la grossesse que du travail, peut-être en des circonstances plus dangereuses, ni que l'enfant vivra jusqu'au terme, ni qu'alors vous pourrez le sauver lui et sa mère.

La certitude n'existe pas en ce sujet: ce n'est qu'un calcul de probabilités. Celles qui conseillent l'intervention ne forment-elles pas un faisceau plus solide que les quelques chances que ce gros fibrome pelvien déjà dangereux a de permettre une évolution heureuse.

L'intervention précoce assure du moins la vie de la mère, et s'il est possible de la faire conservatrice elle conserve l'intégrité de l'utérus et nous donne au moins 66 chances 0/0 de continuation de la grossesse.

Ce sont des considérations semblables qui ont amené M. Martin (d'Angers) à intervenir dans le cas inédit qu'on va lire; décision justifiée par un succès complet.

Obs. XXIII (*inédite*). — Ch. Martin.

Fibrome gravidique du segment sus-vaginal de l'utérus. Troubles de compression au cinquième mois. Myomectomie vaginale. Continuation de la grossesse.

Marie X..., âgée de 30 ans, est enceinte de cinq mois. Les premiers mois de sa grossesse ont été normaux, à part une constipation nécessitant l'usage de laxatifs et de lavements.

La santé antérieure de la malade a également toujours été satisfaisante.

La constipation des trois premiers mois s'est aggravée au cours du quatrième ; de plus la malade souffre dans la zone du plexus sacré ; elle a des varices énormes des grandes lèvres surtout à gauche ; le membre inférieur gauche est également variqueux. Les urines sont rendues facilement, de quantité et de qualité normales.

La constipation progressivement plus complète, les douleurs les varices indiquent avant tout examen que les organes du petit bassin sont comprimés et gênés dans leur fonctionnement par l'utérus gravide.

Dans les premières semaines du quatrième mois la constipation devient complète : ni gaz, ni matières ne sont rendus pendant cinq jours ; les lavements ne peuvent pénétrer, les divers modèles de sondes sont insuffisants pour cela ou provoquent des douleurs qui font renoncer à leur emploi. Enfin une purgation d'huile de ricin amène une débâcle et débarrasse la malade qui reste cependant fatiguée, inappétente, la langue sale, l'haleine fétide, vomissant souvent ses aliments et souffrant du ventre.

Elle accuse plus particulièrement une sensation de pesanteur, d'embarras provoqué par un corps énorme appuyant sur la région anale.

Le médecin traitant, satisfait cependant de l'effet du purgatif attend de nouveaux événements pour prendre une décision, et et après avoir constaté derrière le col de l'utérus la présence d'une tuméfaction, cause probable des troubles précités, en surveille l'évolution.

Quinze jours plus tard, nouvel arrêt des gaz et des matières et cette fois la compression du rectum provoque une véritable obstruction intestinale.

Au quatrième jour de cette nouvelle crise la malade vomit vert, a des hoquets, du ballonnement du ventre, elle souffre beaucoup de l'anus ; son pouls reste bon, non rapide, le facies est fatigué par la souffrance, masqué par la grossesse, mais n'accuse pas encore l'altération des traits, le pincement du nez, la gravité de l'intoxication stercorale.

Ce n'est donc qu'un début d'obstruction, résistant au purgatif qui a été donné ; c'est la deuxième crise. Faut-il attendre que le tableau s'aggrave, que cette femme soit en plus grand danger, qu'elle s'intoxique pour intervenir? Mon distingué confrère, le Dr Sourice, pense que non et me prie de contrôler son diagnostic de :

Obstruction intestinale commençante, due à la compression du rectum par un fibrome du segment inférieur d'un utérus gravide au début du cinquième mois.

Le doigt introduit dans le vagin bute sur une tumeur arrondie, lisse, dure, qui semble remplir tout le conduit et le fermer. Cette tumeur est recouverte par la muqueuse du cul-de-sac postérieur qui s'est étalée à sa surface. Le col utérin très mou

est haut situé, aplati derrière le pubis ; on le mobilise avec peine.

Le doigt a une sensation analogue à celle qu'il ressent sur une tête fœtale, très engagée et explorée à travers le segment inférieur. Mais dans le cas présent la tumeur est immobilisée et ne peut être refoulée malgré les essais tentés.

Il s'agit bien d'un fibrome du segment inférieur de l'utérus, enclavé dans le petit bassin et comprimant le rectum.

Le reste de l'utérus est normalement développé ; on perçoit mal les battements fœtaux. Une recherche attentive permet d'en localiser le maximum sur la ligne médiane, sous-ombilicale.

Le toucher rectal donne un renseignement précis et confirmatif de la pression exercée sur le rectum par le fibrome. Ce doigt ne peut déplacer la tumeur et ne s'insinue pas entre elle et la concavité du sacrum : l'intestin est laminé.

Indications opératoires. — Voici donc une femme enceinte de cinq mois ; le fœtus est vivant. Elle souffre de constipation chronique par compression du rectum; et en ce moment subit pour la deuxième fois une recrudescence de ce symptôme : elle commence de l'obstruction intestinale.

Faut-il se contenter encore des moyens médicaux (la mobilisation de la tumeur n'est pas possible) et courir ce risque de voir s'aggraver l'état, d'être réduit à intervenir sur une malade intoxiquée, ayant perdu sa résistance ?

Même au cas où l'administration de nouveaux purgatifs serait suivie d'effet évacuateur, n'est-ce pas reculer l'échéance et courir au-devant d'une troisième attaque d'obstruction.

Le fibrome est solidement fixé dans le petit bassin; il évolue vite, car avant la grossesse le médecin traitant ayant examiné

le malade ne l'avait pas constaté ; non plus que lors d'un examen fait à la fin du premier mois.

Enfin, dernier problème, un tel fibrome n'est-il pas une cause probable de dystocie. Tel quel, il ne permettrait certes pas l'accouchement ; mais les modifications des fibromes gravidiques sont telles, du moins au dire des acccoucheurs, que cette éventualité éloignée ne pourrait à elle seule indiquer actuellement une thérapeutique chirurgicale. Cependant cette crainte de dystocie, pour peu inquiétante qu'elle soit en ce moment s'ajoute au danger actuel et ne peut qu'accentuer l'indication opératoire.

Si l'on intervient, le plan opératoire idéal et paraissant facile à réaliser est d'enlever le fibrome par la voie vaginale. Ce fibrome est gros, unique, bien accessible ; son ablation peut se faire presque certainement sans ouvrir la cavité utérine et avec des chances de continuation de la grossesse.

Le seul danger à craindre est l'avortement avec fœtus non viable. Tout bien pesé cette éventualité ne suffit pas à faire rejeter la myomectomie vaginale qui parera aux accidents menaçants d'obstruction, mettra à l'abri de dystocie fibromateuse et probablement permettra la continuation de la grossesse.

La voie d'accès dans ce cas sera vaginale ; rien ne pousse à passer par le ventre.

Myomectomie vaginale. — Incision de 7 centimètres sur la saillie de la tumeur. Celle-ci est bien exposée par deux pinces de traction, tirant ses deux pôles et exerçant leur action sur toute l'épaisseur de la paroi vaginale.

Le vagin incisé, le bistouri aborde l'utérus ; le fond du cul-de-sac vaginal rétro-vaginal est reconnu ; il renfermait un peu de sérosité. D'ailleurs la séreuse péritonéale et la différence de tissu avaient indiqué le passage du vagin à l'utérus.

Une incision de 5 centimètres environ est faite, également longitudinale, sur le muscle utérin. Le fibrome à l'étroit dans sa loge fait hernie à travers la brèche de sa coque.

D'abord libéré sur ses flancs avec les lames fermées de ciseaux courbes, le fibrome est bientôt énucléé en entier et arraché avec des pinces à traction.

L'hémorragie est très modérée et ne nécessite pas de tamponnement. La cavité utérine n'est pas ouverte. Un surjet au catgut ferme rapidement la loge du fibrome. Des points, également au catgut, sont mis sur l'incision vaginale. Durée : un quart d'heure.

Après irrigation du vagin celui-ci est laissé vide et un simple pansement laissé sur la vulve. Avant, une exploration digitale avait permis de se rendre compte de la vacuité du Douglas et de la remise en place du col utérin.

Suites opératoires. — Dans la soirée même il y eut émission de gaz et le lendemain un léger purgatif huileux aida à l'évacuation de l'intestin.

Dès les premières selles, la morphine fut utilisée pour parer au danger de contractions utérines.

D'ailleurs à aucun moment il n'y eut d'inquiétudes de ce côté, et la malade se rétablit sans incidents.

La grossesse a suivi son cours. M^me^ X... est accouchée à terme d'un garçon venu en O. I. G. A.

Cet enfant âgé de 4 ans est très bien portant.

Il n'y a pas eu de nouvelle grossesse.

La malade a été opérée de nouveau en 1906, pour un fibrome du muscle grand droit, côté gauche de l'abdomen.

Ce fibrome n'existait pas au moment de la grossesse. Il s'est développé depuis, et était douloureux. Craignant une dégéné-

rescence sarcomateuse des muscles, j'enlevai la tumeur, ce qui nécessita l'ablation d'un lambeau péritonéal adhérent à la tumeur. Ce fut une véritable laparotomie qui me permit d'examiner l'utérus et d'en constater l'intégrité absolue.

Examen de la pièce. — La pièce a été présentée le 6 mai 1903 à la Société de médecine d'Angers. Le fibrome est du volume d'une tête de fœtus et pèse 250 grammes.

Il est constitué par un tissu rougeâtre, mou, élastique, formant des bandes qui paraissent s'enrouler concentriquement au noyau du fibrome.

Histologiquement il est constitué par des fibres musculaires lisses, très hypertrophiées, mélangées d'éléments élastiques et conjonctifs.

L'intervention pourra donc être une certaine mesure préventive, c'est-à-dire n'être pas d'urgence absolue. On n'attendra pas l'apparition de *troubles menaçants* de l'état général, indépendamment même de l'espoir de faire une myomectomie si la tumeur est bien limitée et ne pénètre pas jusqu'à l'œuf. On l'essayera ; si elle est impraticable ou si l'on n'en veut pas on fera l'hystérectomie. Il est évident qu'on ne court aucun risque à tenter une réduction manuelle avec l'espoir d'avoir affaire à un fibrome rétroversé ou prolabé.

L'attente pourra être un peu plus prolongée si les accidents ne se montrent que dans la deuxième moitié de la grossesse, chose rare. La proximité de la viabilité fœtale, la crainte de ne pouvoir conserver l'utérus puisqu'il s'agit généralement de fibromes volumineux à la

fois pelviens et abdominaux, les chances d'ascension plus considérables dans ce dernier cas sont des raisons valables.

C. — *Fibromes abdominaux.*

En dehors de ces données particulières tous les fibromes reconnaissent les mêmes indications générales, que les tumeurs à évolution abdominale vont nous donner l'occasion d'envisager.

Les accidents immédiatement graves seront toujours le critérium, qu'il faudra préciser. Mais l'évolution abdominale donne généralement aux troubles son caractère moins pressant que l'évolution pelvienne. L'expectation pourra être de plus longue durée ; elle ne devra pas dépasser de juste limites.

Là encore nous ne croyons pas qu'il faille attendre le moment où la femme n'a plus d'espoir qu'en l'opération, où le pronostic paraît fatal. Il suffit que les phénomènes aient pris des proportions incompatiblement manifestes avec la conservation d'un bon état général, sans attendre que celui-ci se soit déjà altéré ; tout au plus l'apparition ou mieux les fibromes de cette atteinte à l'état général, seront-ils la limite ultime de l'abstention. Il y a à cela double motif : assurer la vie de la mère, conserver celle du fœtus.

En effet sur quatre-vingt-dix-sept cas de myomectomies réunis de 1892 à 1907 nous ne trouvons que six morts. Eh bien ! qu'on les étudie (ch. III) on verra qu'à part un cas d'infection et un cas d'aortite chronique,

les autres maladies présentaient déjà de ces symptômes capables d'armer les moins audacieux.

Si encore nous ne disposions que de l'hystérectomie on comprendrait qu'on hésitât jusqu'au dernier moment à sacrifier, la vie de l'enfant, si faibles que soient ces chances, à supprimer avec l'utérus tout espoir de maternité ultérieure. Ce serait sans doute un mauvais calcul ; il aurait une excuse. Il n'en a plus dès lors que la myomectomie est fréquemment applicable, bénigne, et présente environ 81 chances 0/0 de laisser évoluer la grossesse (ch. III). Et elle trouvera d'autant plus d'application que l'opération sera plus précoce.

La marche galopante impose d'une façon indiscutable l'opération. On agit d'autant plus volontiers qu'on craint d'avoir affaire à une tumeur maligne. La rapidité de l'évolution s'affirme avec netteté et ne permet pas une hésitation qui serait funeste (obs. de Doléris).

L'accroissement progressif du fibrome nécessite également l'intervention quand il a pris des proportions telles que son volume trouble tous les appareils : gêne de la marche, de la respiration, compression intestinale et urinaire, troubles réflexes de toutes sortes, etc.

Il en résulte un état général des plus graves.

Mais lorsqu'elle ne fait que débuter ; que les symptômes s'épuisent seulement, il y aurait peut-être avantage à intervenir, dès qu'il est évident que la tumeur s'accroît progressivement. On éviterait ainsi d'avoir à remédier à des troubles trop graves, et l'on aurait plus aisément alors la ressource d'une myomectomie conservatrice.

Les accidents de réaction péritonéale affectent souvent des formes intenses. Malheureusement le météorisme, la douleur exquise, les vomissements réflexes ne peuvent en toute sécurité être rattachés au péritonisme plutôt qu'à la péritonite dont les cas sont nombreux.

Il semble que dans cette catégorie d'accidents vraiment sérieux par leur aspect, sinon par leurs causes (voy. Chap. I), le doute doive bénéficier à la mère ; puisque dans les cas où la myomectomie sera possible (très souvent en cas de péritonisme, plus rarement si les accidents sont inflammatoires), l'enfant aura encore de grandes chances de survie.

Si la péritonite est diagnostiquée, l'acte immédiat s'impose.

Les douleurs seront surtout prises en considération parce qu'elles relèvent souvent soit de la péritonite locale, soit de la nécrose, qui sont deux indications. Il sera sans doute difficile de les rattacher à leur cause véritable.

Avec Condamin on les trouvera justiciables d'une opération lorsque par leur intensité et leur durée elles sont vraiment intolérables ne permettant, ni repos, ni sommeil, qu'elles s'accompagnent de dénutrition.

C'est là qu'est applicable le conseil de Basso : de débarrasser de leur tumeur les femmes à qui leur situation sociale ne permet pas un repos prolongé.

La *nécrose* est pour Bæcker la complication la plus terrible ; elle évolue sourdement jusqu'à la gangrène et se révèle alors par des phénomènes infectieux de

haute gravité. Quelquefois elle donne lieu à une réaction péritonéale marquée. On rejettera toute expectation lorsqu'on aura des motifs sérieux de soupçonner. Et cela aura lieu surtout vers la fin de la grossesse, alors que les autres complications appartiennent plutôt à la première moitié.

Autre source d'accidents infectieux *est la rétention d'un fœtus mort.* L'infection de l'œuf évolue alors pour son propre compte ou s'étend au fibrome dont elle détermine la suppuration. Dans un cas de Bæcker le processus gangréneux avait même gagné le tissu utérin.

Il faudra donc se hâter de vider l'utérus et selon les cas, suivant que la réaction sera plus ou moins marquée, on fera la myomectomie ou l'hystérectomie.

Il ne peut y avoir doute qu'en présence d'un œuf encore fermé dont il est difficile de dire si le contenu est vivant. Lorsqu'on aura de grandes probabilités du contraire, il vaudra peut-être mieux agir comme s'il était ouvert, étant donné les graves risques d'infection et même d'intoxication (Delagénière).

Troubles de compression. — On peut les ranger en deux catégories suivant qu'ils dépendent d'un accroissement énorme ou de la position qu'occupe le fibrome en tout ou partie.

Quand la tumeur occupe tout l'abdomen et que la tolérance a atteint ses limites, il serait manifestement absurde d'attendre une adaptation quelconque.

Il serait barbare d'attendre la cachexie ou la défaillance cardiaque.

Quand un fibrome de volume plus ordinaire occupe

l'entrée ou la cavité du petit bassin, on peut toujours espérer un déplacement de la tumeur, qui surtout à partir du quatrième mois va s'élever avec l'utérus en pleine ampliation. C'est là que l'expectation associée aux tentatives de rétropulsion est parfaitement légitimée et donnera ses meilleurs résultats. Mais elle a ses limites. L'intolérance peut se manifester ; la mère va être en état de légitime défense. Quand faudra-t-il prendre sa cause en mains ?

Les douleurs sont généralement le trouble précoce. Il faut bien juger de la part de subjectivité qui entre dans les assertions de la femme et leur donner plus ou moins d'importance suivant ce que l'on sait de l'énergie, de la nervosité de la patiente ; ne pas oublier qu'elles peuvent être liées à la nécrose, à la péritonite. Leur intensité, surtout leur durée, ne devra pas être telle qu'elles soient pour la femme une torture permanente.

L'œdème accentué et durable, s'il s'accompagne de stase veineuse (plaques indiquant la défectuosité de la circulation périphérique) paraît de nature à armer le chirurgien, surtout s'il est joint aux troubles urinaires.

Les troubles digestifs comprennent les vomissements parfois incoercibles, la constipation. Nous n'attendrons ni la dénutritition marquée, ni l'occlusion révélée par le hoquet, l'haleine fécaloïde, les vomissements incessants. Sans doute on patientera un peu plus que pour les fibromes pelviens, sans toutefois jamais attendre *l'état général très grave*. Il suffira que les troubles locaux aient leur répercussion évidente sur la santé

générale, pour que l'attente soit un réel danger. L'impossibilité pour la femme de s'alimenter convenablement, l'obstruction intestinale commençante sont de cette nature. L'*apparition* des troubles généraux et non leur intensité plus ou moins grande paraît être la limite entre l'attente et l'action. Lorsque, à la fin d'une observation de myomectomie, d'hystérectomie pour fibrome et grossesse, on lit le mot « mort », c'est presque toujours lorsque l'opération fut imposée d'urgence par ces symptômes « trop graves » dont quelques-uns voudraient faire un critérium. C'est à peine prendre une mesure préventive que de devancer ces accidents ; et vraiment ce serait faire trop précieuse la vie du fœtus, que d'admettre leur seule extrémité comme indications ; puisque d'ailleurs elle a de grandes chances d'être sauvegardée.

Il en va de même des complications urinaires. Une dysurie avec miction douloureuse et rétention incomplète n'est guère longtemps tolérable : si la rétention est complète on court déjà de gros risques dès qu'apparaît de l'albumine ou du pus ; que la région rénale devient douloureuse à la pression. Le péril de la mère paraît suffisamment caractérisé pour légitimer une intervention, avant même que l'état général en souffre.

D'ailleurs il est rare que la compression s'exerce sur un seul appareil, l'indication sera d'autant plus pressante que les symptômes s'uniront pour aggraver la situation.

Il est encore un facteur à considérer : plus la tumeur paraîtra facilement enlevable, moins les risques fœtaux

et maternels seront grands (fibrome pédiculé par exemple) et moins l'on craindra de mettre un terme aux accidents. On fera entrer également en ligne de compte l'âge de la grossesse, plus enclin à s'abstenir si elle est avancée déjà et la viabilité proche,

En aucun cas on n'attendra le péril de mort imminente.

Les troubles de la compression dus à l'*incarcération* de l'utérus fibromateux sont des plus graves. C'est en somme la réalisation par un fibrome abdominal du complexus symptomatique des fibromes primitivement pelviens; mais en général plus grave, par ce fait que l'utérus entier est incarcéré.

On peut dire avec Wertheim que les fibromes incarcérés ne nécessitent rien autre que les utérus gravides normaux en même posture. Dès que l'incarcération est diagnostiquée on doit tenter la réduction; si elle n'aboutit pas, la laparotomie sera immédiate. Elle sera suivie de myomectomie, si possible.

La simple *rétroversion* de l'utérus gravide par fibrome du fond pédiculé ou non est moins sérieuse. Les troubles disparaîtront souvent après la réduction manuelle assez facile à obtenir; sinon les indications seront subordonnées aux troubles que causera la tumeur. Dès qu'ils apparaîtront on songera que les risques sont presque les mêmes qu'avec les fibromes pelviens primitifs ; mais la myomectomie est infiniment plus aisée et plus sûre ici.

La *torsion du pédicule* d'un fibrome ne soulève aucune discussion ; c'est un cas rare dont nous som-

mes heureux de rapporter deux exemples nouveaux. Souvent on opérera croyant avoir affaire à un kyste le diagnostic juste conduirait à la même conclusion.

Observation XXIV (inédite). — Dr Ch. Martin.

Fibrome pédiculé sous-péritonéal de la corne gauche de l'utérus. Torsion du pédicule au troisième mois d'une grossesse. Ablation du fibrome. Continuation de la grossesse.

Mme B.., du Plessis-Grammoire (Maine-et-Loire) âgée de 28 ans est enceinte de trois mois et demi environ.

Cette femme est IIpare. — La première grossesse a eu lieu en 1901, a évolué normalement, et s'est terminée par la naissance d'un garçon. Les suites de couches ont été normales aussi.

Depuis, la malade quoique nerveuse, dyspeptique, à eu une santé relativement satisfaisante. Les règles sont venues régulièrement, d'abondance moyenne jusqu'en février 1904. Elles sont un peu douloureuses.

La malade ne signale aucun autre antécédent ayant de l'intérêt. Le ventre n'était pas particulièrement sensible et les divers malaises éprouvés de ce côté n'ont pas inquiété la malade ou ont été mis par elle sur le compte de son nervosisme.

Maladie actuelle. — La grossesse actuelle s'est accompagnée au début comme la première de divers phénomènes réflexes : vomissements, tiraillements. Les deux premiers mois ont été assez bons. Au début du troisième la malade a commencé à souffrir du côté gauche ; au niveau de la fosse iliaque gauche une douleur profonde, sorte de pesanteur avec quelques élancements, parfois même des éclairs douloureux à la suite d'un

mouvement brusque, d'une marche rapide, d'un effort, sont venus troubler la quiétude de Mme B...

Le repos au lit calmait bien ces douleurs pendant trois semaines ; mais depuis quinze jours le ventre reste toujours sensible, dur ; surtout à gauche, il y a des douleurs vives, avec coliques et irradiations vers la cuisse gauche ; des vomissements bilieux. Le médecin appelé met la malade au lit, prescrit des calmants et trouve un utérus irrégulièrement développé.

Le 2 juin 1904, la malade présente tout à coup des phénomènes inquiétants ; la veille elle a pris un laxatif; la journée a été assez calme, mais la nuit a été occupée par des douleurs extrêmement vives, toujours dans le côté gauche. La douleur est aiguë, fixe ; la malade allongée dans son lit, immobilise son diaphragme et craint tout mouvement. Elle vomit toutes les heures environ ; son ventre est dur, plus à gauche : il n'est pas ballonné. Le pouls bat à 115 ; pas de température. Urines normales. Rien du côté des voies génitales à part un ténesme douloureux du vagin, faisant redouter toute exploration de ce côté, alors que les jours précédents le médecin traitant avait pu facilement pratiquer le toucher.

Appelé dans la journée près de Mme B... je la trouve avec un mauvais facies; de plus en plus souffrante; le pouls rapide et peu tendu ; vomissant de la bile et indiquant toujours le flanc gauche comme point de départ de la douleur.

Le toucher et l'examen bimanuel sont fort difficiles et ne donnent qu'un vague résultat. La malade reçoit une injection de morphine et calmée sera transportée à la clinique, rue Saint-Blaise, pour y être examinée et opérée s'il y a lieu.

Une nouvelle injection a été faite dans la nuit, aussi la malade est-elle plus calme à une visite faite le 3 juin au matin.

Examen. — Le toucher digital montre un corps gros, mou, entr'ouvert. Les culs-de-sac sont libres et pas douloureux. Les mouvements réveillent de la sensibilité à gauche.

Par le palper bimanuel, l'utérus semble avoir le volume d'une grossesse de trois à quatre mois. Il déborde de trois travers de doigt la symphyse pubienne ; l'on sent bien ses deux faces ; la postérieure courbe un peu dans le cul-de-sac postérieur.

Le fond, libre à droite et nettement terminé, se prolonge à gauche par une tumeur surajoutée d'un volume comparable à celui du poing. Cette tumeur ne surmonte que peu le fond de la matrice. Elle se développe plutôt à gauche. Vers le bord supérieur du ligament large. Elle ne déborde que très peu le plan frontal passant par la face antérieure de l'utérus.

Cette situation haute, latérale et postérieure par rapport à la matrice, fait que le toucher vaginal seul ne peut atteindre la tumeur, et que celle-ci n'augmente pas le relief utérin sur la paroi abdominale.

Cette tumeur se meut comme l'utérus ; elle paraît rattachée à la matrice sans qu'on puisse dire si elle en fait partie intégrante. En tous cas on ne peut le mobiliser nettement sur le globe utérin.

Elle répond au détroit supérieur du bassin. Son examen est douloureux, mais pas d'une façon gênante.

Le diagnostic est hésitant. La malade reste en observation. Dès l'après-midi du 3 juin, la scène recommence, le facies se grippe (malgré la sédation et la douleur aucune détente véritable n'était survenue) ; le pouls monte à 120. Les vomissements persistent, le ventre se ballonne légèrement. Depuis le laxatif du 2 juin il n'y a eu ni gaz, ni matières.

La situation paraît s'aggraver, aussi malgré l'incertitude du diagnostic et l'existence de la grossesse une laparotomie exploratrice est décidée.

Qu'allons-nous trouver? Une tumeur juxta-utérine, fibrome ou kyste d'ovaire avec complication, telle que pédicule tordu? Un fibrome utérin également tordu sur son pédicule? Un étranglement interne? Les présomptions sont pour l'un des deux premiers diagnostics.

Laparotomie le 4 juin. — Le ventre est ouvert sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, par une incision de 8 centimètres. Le fond et la face antérieure de l'utérus apparaissent d'abord. Le doigt trouve ensuite une tumeur arrondie, légèrement poisseuse au toucher, qui bientôt est amenée dans la plaie. C'est un fibrome de 150 à 200 grammes, rouge, ecchymotique, entouré d'adhérences gélatineuses qui déjà l'avaient joint lâchement aux organes voisins. Il tient à la matrice par un court pédicule, du volume du doigt. Ce pédicule tordu a deux tours de spire, dirigés de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Résection du pédicule au ras de l'utérus, à distance du point tordu. Trois points séparés de catgut ferment la plaie utérine et rapprochent les lèvres péritonéales.

Les fils prennent en même temps séreuse et couche musculaire superficielle.

Une rapide inspection du petit bassin est faite ; j'éponge le liquide séro-sanguinolent qui remplit le petit bassin, en manipulant le moins possible l'utérus.

Sur la face antérieure de celui-ci existe un petit fibrome du volume d'une noisette qui est laissée en place.

Sutures de la paroi en un plan avec des points séparés au crin de Florence. Durée : un quart d'heure.

Suites opératoires. — Rien n'a troublé les suites à part les vomissements qui ont duré deux jours, et la parésie intestinale qui a nécessité l'huile de ricin, le quatrième jour.

L'usage de la morphine nécessité par crainte des contractions utérines fut peut-être cause de cette atonie. Elle ne fut d'ailleurs donnée qu'à titre préventif. J'attribue ce silence du muscle utérin :

Au peu d'étendue de la plaie utérine ; à la courte durée de l'intervention ; à la précaution de ne pas malaxer inutilement l'utérus ; à l'usage de la morphine, qui dès avant l'opération avait déjà engourdi le réflexe utérin.

La femme a accouché à terme d'une fille ; accouchement et suite normaux.

Revue en 1905, elle est en bonne santé. Le nodule fibromateux vu au cours de l'intervention a augmenté et se pédiculise car on sent très nettement chez cette femme, très maigre, une petite masse mobile sur le fond de l'utérus et lui attenant. Cet utérus est un peu gros, probablement fibromateux en d'autres parties.

Obs. XXV (*inédite*). — Dr Ch. Martin.

Torsion d'un fibrome pédiculisé dans le deuxième mois d'une grossesse. Ablation du fibrome par laparotomie. Continuation de la grossesse.

Mme X..., 38 ans, nullipare, est prise subitement en février 1907, de douleurs dans le bas-ventre, avec tendance syncopale, nausées, état alarmant. Pouls à 100 ; pas de température. Le

médecin appelé ne fait pas de diagnostic et recueille les commémoratifs suivants :

La santé de cette femme a toujours été parfaite ; très régulièrement réglée, elle n'a pas eu ses époques le mois dernier. Il n'existe pas d'autres signes nets de grossesse. L'utérus est plutôt volumineux, sans que cela puisse donner une grande probabilité de grossesse.

A gauche de l'utérus existe une tuméfaction du volume d'une orange, dure, douloureuse au toucher. Elle est peu mobile, tombe dans la partie droite du petit bassin et paraît en connexions soit avec l'utérus, soit avec le ligament large de ce côté.

Le diagnostic hésite entre : appendicite, kyste de l'ovaire ou fibrome sous-péritonéal et même grossesse extra-utérine.

Cette première alerte ne dure que 36 heures. Le calme renaît, la malade conserve cependant un endolorissement de la région et ne peut continuer à vaquer à ses travaux de ménagère.

Le 20 mars, nouvelle crise, celle-ci plus inquiétante que la première et surtout plus prolongée ; le pouls monte à 110° toujours pas de température. La douleur dans la fosse iliaque droite est très aiguë ; le ventre est dur, résistant, légèrement ballonné. Il y a un ou deux vomissements par jour ; de la dysurie ; les urines sont normales, peu abondantes.

Le repos complet, la glace sur le ventre amènent le troisième jour une détente. A ce moment le ventre redevenu souple permet d'examiner à fond la malade.

Il n'existe toujours pas d'autres symptômes de grossesse que l'absence des règles.

L'examen bi-manuel révèle une augmentation très apprécia-

ble du volume utérin. L'utérus déborde le pubis de deux bons travers de doigt et porte sur sa corne droite une tuméfaction surajoutée, plus grosse qu'une orange dure et douloureuse, plus mobile et plus haut situé qu'elle ne l'était lors du premier examen fait par mon confrère.

Le col est fermé, un peu plus mou qu'à l'état normal.

Il s'agit probablement d'une grossesse extra-utérine, ou d'un fibrome sous-péritonéal, peut-être à pédicule tordu.

En tous cas, si le diagnostic est discutable, *l'indication opératoire ne l'est pas*. Il est urgent d'éviter le retour des accidents, qui relativement sérieux à deux reprises ont cessé contre toute attente et sans aucun doute vont se reproduire avec une gravité que l'on ne peut prévoir.

D'autre part, la présomption de grossesse n'est qu'une raison de plus pour opérer. Le meilleur moyen de la sauvegarder est d'aller voir et enlever cette tumeur juxta-utérine qui ne peut que troubler son évolution.

Enfin la possibilité d'une grossesse extra-utérine rend l'indication urgente.

Laparotomie 28 *mars*. — La malade transportée à ma clinique rue Saint-Blaise est laparotomisée. On trouve en effet, un fibrome utérin, sous-péritonéal, à pédicule tordu une fois et demie, de gauche à droite.

Ce fibrome est plus gros que le poing inséré au-dessous de la corne droite, sur la face antérieure, par un pédicule très court.

De couleur rouge vineuse, très congestionné, presque noirâtre en certains endroits mais non sphacélé.

L'utérus renferme quelques noyaux fibromateux interstitiels; le plus volumineux n'est pas gros comme une noix.

On laisse en place ces noyaux qui ne peuvent troubler l'évolution de la grossesse.

Section du pédicule et sutures de la plaie utérine au catgut.

Guérison sans incidents. La grossesse évolue actuellement (mai 1907).

De tels faits montrent les difficultés du diagnostic mais aussi la façon indiscutable dont la symptomatologie commande l'opération, en dépit d'améliorations passagères.

Les *hémorragies* si elles ne relevaient que l'insertion basse du placenta ne nécessiteraient guère un traitement spécial. Mais si rares que soient les exceptions elles existent et l'on peut toujours espérer y remédier dans les premiers mois de la grossesse, autrement que par les moyens obstétricaux ou l'hystérectomie.

Souvent elles cèdent au traitement ordinaire ; repos au lit, injections chaudes, hémostatiques utérins. Mais elles peuvent aussi prendre des caractères de profusion et de fréquence qui mettent rapidement la femme dans un état d'anémie profonde. Il serait illogique d'attendre pour prendre une décision que les choses en soient là, puisque cette anémie post-hémorragique semble être une contre-indication à l'ablation immédiate de tout fibrome.

L'intervention même peut être une garantie pour la vie de l'enfant et c'est ce double motif qui détermina Seeligmann à intervenir.

Il peut, en effet, sembler paradoxal de prendre le bistouri pour éviter *l'avortement* et pourtant dans quel-

ques cas c'est le seul moyen d'assurer à la femme quelques chances de maternité.

Supposons une femme qui fait des fausses couches à répétition ; elle a un fibrome bien constaté ; pas de tare syphilitique ou albuminurique. Elle vient enceinte demander s'il n'y a pas pour elle une chance d'être mère. Il semble bien que c'est l'ablation du fibrome qui sera pour elle la plus grande garantie, sinon pour la grossesse présente du moins pour l'avenir. D'ailleurs la tolérance des utérus gravides à l'avortement post-opératoire est quelquefois presque incroyable.

C'est ce qui a inspiré la formule de MM. Tuffier et de Rouville au Congrès de Lisbonne 1906 : « Tout fibrome déjà cause d'avortements ou d'accouchements prématurés sera opéré. »

C'est encore dans l'espoir, soit d'obtenir un enfant vivant, soit d'éviter à la mère les terribles risques de la dystocie et des suites de couches, que des chirurgiens ont proposé l'ablation préventive radicale ou non de certains fibromes sur le rôle dystocique desquels il ne pouvait exister de doute.

Les accoucheurs leur ont répondu qu'il était impossible d'affirmer à l'avance quels fibromes seraient un obstacle à l'accouchement ; en second lieu qu'il était bien préférable d'attendre le moment du travail afin de pouvoir extraire un enfant viable.

Il est cependant des cas où la dystocie paraît peu douteuse : tels les fibromes du segment inférieur. Il suffit aussi de voir (dans Pozzi, fig. 343; dans Thumim, 7 et 8; in *Revue de Gynécologie* les cas de Gutierrez)

a forme extraordinaire des tumeurs, la situation du petit utérus rejeté ou englobé dans l'énorme tumeur pour emporter la conviction qu'on pourra parfois prévoir, sans présomption, la dystocie fatale.

Les tumeurs justiciables de myomectomie ne donneront qu'exceptionnellement une telle certitude. Mais si l'on a des probabilités grandes, ce pourra être, dès l'apparition de troubles gravidiques sérieux, un facteur de décision plus précoce. Cette question mériterait d'être encore étudiée avec faits à l'appui. M. Doléris croit que l'opération faite au cours du travail ne donne pas toujours les bons résultats qu'on aurait pu espérer pendant la grossesse. Et il semble bien qu'en effet la myomectomie soit alors plus difficilement applicable.

Mais actuellement nous n'avons pas encore de raisons suffisantes pour prendre, sinon très exceptionnellement, des mesures préventives contre la dystocie.

CHAPITRE III

Du choix d'un mode opératoire.

Chaque fibrome a ses indications opératoires ; à chaque fibrome aussi convient un procédé chirurgical qui mieux qu'un autre assurera un heureux résultat.

Pour remédier aux accidents graves que la tumeur fibreuse peut causer au cours de la grossesse nous avons trois sortes de moyens :

Les uns, simples palliatifs, suppriment des deux facteurs qui mutuellement se compliquent celui qu'*a priori* on désirerait conserver : la grossesse, et laissent subsister le fibrome. Ce sont l'*avortement* et l'*accouchement provoqués*.

D'autres essentiellement curatifs s'attaquent au seul facteur pathologique et l'enlevant, s'efforcent de respecter l'utérus et son contenu ; en tout cas de faire de l'organe gestateur un organe sain qui plus tard pourra porter à terme d'autres grossesses : ce sont les divers procédés de *myomectomie*.

Les derniers enfin, moyens radicaux, suppriment la

tumeur, l'organe et son contenu ; ils n'ont d'autre but que d'assurer la vie de la mère : *hystérectomies.*

A côté d'eux existent encore quelques procédés indirects ou hybrides. Ils ne paraissent pas mériter grande attention, puisqu'ils n'ont aucun mérite dont les autres ne puissent faire preuve plus avantageusement, tels sont : la castration, la myomectomie avec castration, les ligatures artérielles etc., et telles combinaisons qu'on peut imaginer comme l'a fait Thumim dans un schéma embrassant presque toutes les possibilités.

A. — Interruption artificielle de la grossesse

Sous cette rubrique on peut étudier l'*avortement médical* et l'*accouchement prématuré* qui ne sont qu'une même opération faite à des époques différentes de la grossesse, présentant les mêmes inconvénients, les mêmes dangers et souvent la même inefficacité.

Ils n'ont d'ailleurs plus guère de partisans. En France on y a méthodiquement renoncé, et ce n'est que pour « mémoire » qu'en parle M. Pozzi dans son *Traité.*

A l'étranger, seuls peut-être, Coë et Bæcker préconisent le seul avortement, en rejetant l'accouchement prématuré.

Jusqu'au quatrième mois, Coë l'applique aux très gros fibromes interstitiels, soit intraligamentaires, soit incarcérés, sans doute par crainte d'une exérèse trop sérieuse.

C'est avant la fin du deuxième mois, que selon Bæcker une main exercée et aseptique peut sans danger faire le curettage, à condition que la cavité utérine d'étendue modérée permette l'usage facile de la curette (fibromes ne dépassant pas l'ombilic). Il ne doit pas trouver d'applications bien fréquentes et les résultats de Bæcker même sont douteux.

Une telle désuétude n'est que trop justifiée. Indépendamment du scrupule qui fait si facilement reculer devant le sacrifice d'un fœtus (plus répugnant peut-être à nos habitudes qu'une hystérectomie) d'autres raisons d'ordre moins sentimental le condamment.

Sans doute la mortalité de 40 0 0, trouvée par Kirsheimer (1895) comprend en grande partie des cas anciens ; mais les progrès techniques ne supprimeront jamais les risques d'hémorragie, de gangrène du fibrome, d'infection, de rétention placentaire tellement facile en ces cavités allongées, déformées à l'excès que plusieurs fois on n'a pu faire l'extraction du placenta (obs. I de Turner, VI de Bæcker).

Supposons ces risques évités à grand'peine. L'acte opératoire n'en a pas moins été illogique, et la femme a gardé le fibrome qu'elle avait avant la conception, vraisemblablement accru. Faudra-t-il l'en débarrasser, et alors pourquoi avoir éludé une première intervention en temps plus utile ? Faudra-t-il la condamner à la stérilité ? Et si, en dépit de vos conseils, une nouvelle grossesse survient les symptômes se représenteront sans doute avec autant d'acuité.

Une telle opération n'est pas défendable. Les risques

en sont trop grands et le bénéfice trop douteux, même au voisinage de la ménopause. On ne peut admettre qu'une indication (Turner) : celle qui se poserait d'*urgence absolue*, chez une cardiaque ou rénale avancée, et encore on se demande si le remède serait bien efficace.

B. — Myomectomie conservatrice

Lorsqu'une grossesse fibromateuse est troublée enlever la tumeur, cause de tous les maux, faire disparaître pour l'avenir cette cause éventuelle de troubles dystociques ou généraux, tout en respectant l'intégrité de l'utérus et la vie de l'enfant, tel doit être le desideratum d'une chirurgie bienfaisante. Il se trouve réalisé dans une large mesure par la myomectomie que M. Pozzi appelle « l'opération idéale ».

Sans croire absolu le principe de Ferendinos « que moins on enlève d'un organe, moins l'opération est grave » (en ce qui concerne l'hystérectomie, par exemple, rien n'est moins sûr) on doit affirmer pour d'autres causes la bénignité relative de la myomectomie, bénignité qui semble s'accentuer de plus en plus avec les perfectionnements techniques.

En 1901 sur 104 myomectomies, Thumim comptait 8 morts, soit 7, 68 0/0 de mortalité.

Réunissant 97 cas, datant de ces quinze dernières années (1892 inclus), nous obtenons le total de 6 morts, soit 6, 18 0 0. Notre statistique porte sur 93 cas de myo-

mectomie abdominale et 4 de myomectomie transvaginale.

Il semble *a priori* que la gravité de l'opération doit varier suivant la nature de la tumeur et l'on serait porté à croire que l'énucléation présente pour la mère plus de dangers que la simple excision d'un myome pédiculé (polypectomie abdominale, de Dartigues). Les chiffres paraissent témoigner du contraire.

Thumim, 62 polypectomies abdominales 6 morts, 9,67 0/0.

Statistique personnelle, 41 polypectomies abdominales 4 morts, 9,75 0/0.

Thumim, 42 énucléations (1) 2 morts, 4,75 0/0.

Statistique personnelle 56 (y compris quelques cas à pédicule très large) 2 morts, 3,57 0/0.

Il existe une proportion considérable entre les pourcentages de l'excision et de l'énucléation ; et alors que celui-ci est en progrès sur 1901, il n'existe pas d'amélioration pour le premier.

L'étude des quatre cas de morts explique un peu cette anomalie : 1° la malade de Croom, atteinte d'aortite chronique, mourut de défaillance cardiaque ; 2° celle de Benckiser se présentait dans des conditions particulièrement défavorables qui semblaient devoir écarter l'idée de myomectomie (obs. XI) ; 3° celle de Bouilly (Grosse) pâle, amaigrie, essoufflée avait eu une hémiplégie six semaines avant. La marche rapide de la tumeur d'ail-

1. En dehors de la grossesse le pourcentage est 2,50 0/0 (Zwibel).

leurs nécrosée, en avait fait craindre la malignité. Elle mourut de septicémie ; 4° dans le cas de Routier (Berniolle) il s'agit d'un fibrome tordu, opéré vers six mois et demi, six jours après les premiers accidents. L'autopsie n'a pas été faite. Pas d'autres symptômes post-opératoires que l'accélération du pouls.

On peut donc penser que cette statistique est plus chargée qu'elle ne devrait l'être, à cause de coïncidences fâcheuses.

Au contraire sur 56 énucléations (52 abdominales, 4 transvaginales), *deux* morts seulement: le cas très grave de Delagenière (obs. XXXIV) et celui de Valenta, fibrome du col très *largement* pédiculé qui nécessita une véritable énucléation abdominale: septicémie (notez que cette intervention publiée en 1897 est de 1894).

En résumé la myomectomie, faite en temps et lieu, nous paraît l'opération la plus bénigne au point de vue maternel dans le cas de fibrome compliqué de grossesse. En 1901 Thumim obtenait une mortalité de 11 0/0 pour l'hystérectomie sub-totale, et Basso en 1904 sur 138 cas de la même opération, postérieurs à 1890, donnait le chiffre de 9,42 0/0 (son pourcentage pour la myomectomie était pendant ce temps 8,10 0/0).

Quant à l'hystérectomie totale nous verrons que les données sont contradictoires. Les plus favorables n'accusent pas de supériorité sur la myomectomie.

Cette dernière respecte les intérêts immédiats de la mère, en est-il de même de ceux de l'enfant.

Il suffirait, à ce point de vue, qu'elle permît *quelquefois* la survie de celui-ci pour être préférable à l'hysté-

rectomie. Or si le pronostic est un peu plus sombre pour le fœtus, il n'a pas la noirceur qu'on lui a prêté (Noble, par ex.).

Sans doute la myomectomie expose à des hémorragies (cas de Trommel 1891, avortement) qui pour bénignes qu'elles soient mettent en danger la vie de l'enfant; l'hémostase nécessite des manipulations nombreuses qui aggravent celles de l'exérèse.

Pourtant les statistiques connues ne sont pas trop néfastes. Strauch (1900) 22, 2 avortements 0/0 ; Thumim (1901) 22,8 0/0 ; Winter, 17 0/0.

Notre statistique révèle environ 14, 28 0/0 d'avortements et en tenant compte des cas où la grossesse fut interrompue par la mort maternelle 19,58 0/0 d'interruption de la grossesse. (Chiffre qui n'est d'ailleurs pas aussi considérable que celui des avortements dans les cas où l'on laisse évoluer des tumeurs, cause de troubles (Lefour, etc.)

Là il faut encore une distinction entre polypectomie et énucléation. Cette fois elle est tout à l'avantage des fibromes pédiculés.

Sur 41 tumeurs de cette sorte, un seul avortement (Verhœve 1901, gros fibrome sous-péritonéal enlevé à deux mois et demi. Avortement vingt-quatre jours après), soit la proportion minime de 2,43 0/0, et avec les cas de mort de la mère 12,19 0/0.

Les fibromes interstitiels donnent de moins bons résultats: 12 avortements, soit 22,22 0/0 ; et en comptant toutes les interruptions de grossesse 26,78 0/0. Mais ce chiffre est certainement trop élevé. Dans le cas de

M. Pozzi, qu'on va trouver plus bas, la grossesse continua encore pendant trois mois après l'intervention et la bonne volonté de la malade ne fut peut-être pas étrangère à l'avortement ; de même dans un des cas de Condamin, elle manifesta son dépit quand on lui fit espérer la continuation de la grossesse ; dans le deuxième cas, la femme accoucha à la suite d'une vive frayeur et d'agitation extrême (au 15e jour) ; c'était une grossesse gémellaire de quatre mois ; dans le cas de Témoin (Ferendinos) on avait enlevé en même temps un gros sarcome de l'ovaire et la femme ne garda pas un repos suffisant. Les cas de Spinelli (tumeur de 3 kilos), de Taylor (grossesse gémellaire de 4 mois) concernaient des tumeurs intraligamentaires ; celui de Downes, l'énucléation de 10 fibromes ! Enfin la malade de Küstner continua sa grossesse encore un mois.

Nous n'avons pas fait rentrer dans les avortements le cas spécial de Frank (obs. XLX). L'avortement eut lieu à six mois environ, deux mois après l'opération ; il naquit deux jumeaux pesant ensemble 2.900 grammes, et ayant vécu quelques jours.

Il nous paraît plus logique de le compter avec les huit accouchements prématurés (dont deux pour fibromes pédiculés) soit 8.24 0/0. Encore y a-t-il parmi eux : un placenta praevia qui par ses hémorragies nécessita la rupture de la poche des eaux et l'accouchement à huit mois, enfant vivant ; un cas de Verhoeve (1901) opéré à six mois : (Le fibrome atteignait l'appendice xyphoïde ; il y avait hydramnios. Un mois après l'énucléation expulsion de deux fœtus morts).

Dans les cas que nous avons réunis, l'âge de la grossesse auquel on dût opérer ne paraît pas avoir eu grande influence sur l'avortement. Des cas où cet âge est approximativement indiqué, nous en trouvons quatorze opérés avant 3 mois, dont cinq avortements et une mort de femme; quatre à 6 mois dont un accouchement prématuré et une mort ; deux à 7 mois dont un suivi d'accouchement prématuré quinze jours après. Un seul fut opéré à 8 mois 1 2 (Clivio, fibrome obstruant le pelvis, accouchement à terme).

Tous les autres furent opérés entre 3 et 6 mois.

En tous cas, si l'avortement survient, et c'est la grande supériorité de la myomectomie, l'utérus demeure apte à une nouvelle grossesse qui parfois ne se fait pas attendre (Spinelli, Témoin) ; c'est déjà quelque chose de conserver son utérus à une femme jeune ; c'est encore mieux de lui laisser l'espoir de la maternité.

Et pourtant la myomectomie n'a peut-être pas eu la fortune qu'elle mérite en cas de grossesse (sans parler de sa moindre faveur en ce qui concerne le simple fibrome). Si M. Tuffier et ses élèves en sont toujours les vaillants champions, elle n'a pas trouvé grâce devant les interventionnistes, à qui elle fournirait pourtant un argument sérieux. M. Richelot, suivi par son école, la déclare plus difficile et plus dangereuse pendant la grossesse et ne la croit que rarement praticable.

Les éclectiques comme M. Delagenière semblent la tenir en suspicion dès qu'il s'agit d'un fibrome intraligamentaire (ce qui est en partie justifié) ou même largement implanté.

M. Brindeau en limite le domaine aux tumeurs ayant tendance à se pédiculiser. Grosse, la prend à peine en considération dans sa thèse : « trop rarement possible et trop incertaine en ses résultats », dit-il.

Il est vrai que M. Pozzi avec sa haute autorité déclare qu'on doit la faire toutes les fois que par sa situation le fibrome paraît devoir causer une dystocie grave. Le fait suivant prouve que même dans le cas de fibrome à large implantation l'opération peut ne pas provoquer l'avortement. Il est vrai qu'il s'agissait là non d'une indication délibérément posée mais d'une opération faite chez une femme qui dissimulait sa grossesse.

Obs. XXVI (*inédite*). — M. le Professeur Pozzi (communiquée par M. le Dr Cazenave).

Fibrome sous-péritonéal sessile. Grossesse de deux mois et demi. Enucléation intra-abdominale. Guérison.

Céline G..., femme L..., 37 ans, entrée le 8 juin 1902, à l'hôpital Broca, service de M. le professeur Pozzi.

Cette femme *n'accuse* aucun retard de règles ni rien qui puisse éveiller l'état de grossesse. Elle se plaint de vives douleurs causées par une tumeur abdominale, dont on constate en effet la présence à la face postérieure de l'utérus et à gauche. Rien ne pouvant faire soupçonner la grossesse on diagnostique : Fibrome utérin.

L'intervention est pratiquée le 17 juin par M. Pozzi. Après laparotomie médiane on tombe en effet sur un fibrome qui occupe le flanc gauche. Au-dessous de lui l'utérus est gros, d'un noir violacé et présente tous les caractères d'un utérus gravide de deux mois et demi environ.

La tumeur sous-péritonéale, s'implante largement à la face postéro-supérieure de l'utérus. M. Pozzi circonscrit sa base par une collerette et décortique le fibrome. La suture de la coque est faite par trois plans de suture au catgut.

1° Un plan de fils de soutien qui feront du rapprochement et de l'hémostase ; 2° un surjet sur la couche musculaire ; 3° un surjet péritonéal.

Les fils de soutien seront serrés les derniers.

L'épiploon est ramené au-devant de la ligne des sutures utérines et fixé par deux points de catgut.

Fermeture sans drainage.

Le fibrome du volume d'une tête de fœtus pesait 550 grammes.

Suites excellentes. La malade a complètement guéri et à sa sortie la grossesse continuait encore. Ce qui paraissait lui être médiocrement agréable.

Ce ne fut qu'au sixième mois qu'elle fit un avortement, d'ailleurs sans conséquence fâcheuse. On ne peut pas imputer cet avortement à l'acte opératoire et on doit plutôt songer à une imprudence plus ou moins involontaire.

En Allemagne Bæcker ne veut pas de la myomectomie ; Wertheim s'en méfie.

Voyons les griefs de ses détracteurs :

1° *Sa gravité.* — Les chiffres nous l'ont montrée plus bénigne que l'hystérectomie subtotale, et sans doute que la totale ; sa gravité très abaissée depuis quelques années dans les cas d'énucléation, ceux qu'on redoute le plus. Bæcker prétend que, la laparotomie étant encore une chose grave, lorsqu'il y est acculé, il préfère l'hystérectomie qui supprime toute crainte de récidive. Sans

anticiper sur cette question, on peut répondre que si la laparotomie est chose grave, il est inutile de la compliquer par l'opération la moins bénigne des deux dont on a le choix, et que la conservation de l'utérus, de son contenu (au moins 1/5 des cas) n'est pas chose indifférente.

2° *Sa difficulté.* — Tous les chirurgiens qui ont pratiqué des myomectomies sur utérus gravide reconnaissent que l'énucléation est des plus faciles. Il est vrai que l'hémorragie est fréquente. Dans la plupart des cas une légère compression momentanée suffit à y remédier ; dans les autres cas on a recours à des sutures, compliquées quelquefois, exposant toujours la vie de l'enfant. Dans un cas de Frommel (1891) une hémorragie au point d'implantation, au sixième jour, amena la mort. Nos procédés d'hémostase rendent improbables le renouvellement de cet accident, dont il n'est pas d'autre exemple ; et bien souvent de sérieuses hémorragies n'ont eu aucun inconvénient même pour l'enfant.

Cette difficulté toujours surmontable ne doit donc pas nous priver d'une méthode conservatrice.

L'ouverture de la cavité utérine si elle se produit n'est plus au point de vue maternel qu'une assez légère complication ; pour l'enfant elle n'est même pas aussi inflexiblement qu'on est en droit de le croire, une cause d'avortement. La grossesse alla à terme, malgré l'ouverture de la cavité utérine dans les cas de Mackenrodt (1894) ; Wyder (1900), où la caduque fut mise à nu Thumim) ; dans le cas d'Engstrœm (1899) il s'agit d'un myome du col, allant jusqu'à la caduque, énucléé par

l'abdomen au cinquième mois. La femme accoucha deux mois avant terme, de deux jumeaux.

Cet accident doit être d'ailleurs assez rare si l'on se tient dans de justes limites. Nons n'en connaissons pas d'autres cas.

Si l'on croit devoir faire l'hystérectomie, dans cette éventualité peu fréquente, il sera toujours temps.

3° *Risques d'avortement.* — L'ouverture de la cavité utérine, l'hémorragie, les malaxations utérines en sont les grands facteurs. Ils se peuvent éviter dans une certaine mesure ; la vie de l'enfant est menacée par les troubles mêmes qui font penser à intervenir ; enfin les faits ont montré que les chances de continuation de la grossesse étaient fort appréciables. C'est que l'utérus gravide jouit d'une grande tolérance. On lira (obs. XXXI) le cas de Seeligmann.

Nous rapportons ici un cas doublement intéressant : au point de vue de la nature de la tumeur, cause des troubles, qui put un moment être prise pour une tumeur utérine ; au point de vue de la possibilité d'intervenir chirurgicalement dans la zone utérine, sans interrompre une grossesse existante. Nous devons cette observation à la générosité de M. le professeur Pozzi.

Observ. XXVII (*inédite*). — M. le Professeur Pozzi.

Fibrome para-utérin de la région du promontoire. Grossesse de trois mois et demi. Énucléation de la tumeur. Continuation de la grossesse.

(Communiquée à la *Soc. d'obs. Gyn. et Pédiatrie*, 4 mars 1906.)

G..., femme D... 36 ans, secundipare.

La malade a eu un premier accouchement il y a quatorze ans; elle a cessé de voir ses règles il y a trois mois et demi. Fortuitement son médecin, le Dr Dupuy, a constaté l'existence d'une tumeur qui paraissait faire corps avec l'utérus.

Il s'agissait d'une tumeur rétro-utérine, du volume du poing, située au niveau du promontoire et intimement unie à l'utérus qui est très remonté. M. Pozzi croit pouvoir rattacher l'origine de cette tumeur à une néoformation aux dépens du périoste du sacrum. *Corps fibreux pelvien.*

Comme cette tumeur semblait devoir apporter un obstacle à l'accouchement, on décida l'intervention.

Laparotomie. — Enucléation de la tumeur, située au niveau du promontoire. La cavité en est tamponnée pour tarir un suintement veineux.

Sous chloroforme l'utérus gravide d'environ quatre mois très mobile, très allongé, donne la sensation d'un kyste où aucune partie fœtale n'est sentie.

L'examen histologique de la tumeur révèle qu'il s'agit bien d'un fibro-iléo-myome, développé aux dépens du périoste et du tissu conjonctif du promontoire.

La femme guérit sans incidents et la grossesse a continué et elle a accouché à terme d'un enfant parfaitement conformé.

D'ailleurs quand le cas est grave, la crainte d'avortement passe au second plan ; il est déjà beau de pouvoir alors conserver la « capacité maternelle » puisque l'avortement paraît peu dangereux dans ces conditions (§ 5).

Thorn estime que l'ablation d'un fibrome expose moins à une fausse couche que l'ovariotomie presque toujours suivie d'une avance des règles.

3° *L'inutilité.* — A quoi bon dira-t-on conserver l'utérus ? Le fibrome est l'apanage des vieilles femmes qui n'en ont plus que faire ! Une trentaine au moins des femmes qui forment notre statistique n'avaient pas plus de 35 ans ; plusieurs, moins de 30. Il n'est pas besoin d'insister sur l'avantage d'une chirurgie conservatrice à cet âge.

4° *L'impossibilité d'enlever tous les fibromes.* — Sans aller jusqu'à conseiller de faire de l'utérus une loque il suffit de savoir qu'on a maintes fois enlevé de très gros fibromes (du volume d'une tête de fœtus à celui d'une tête d'homme); que Duncan-Enumet a pu en énucléer neuf avec complet succès ; que maintes fois on enleva de même trois ou quatre fibromes interstitiels (A. Martin, Wallace, Taylor, Frank, Thorn, etc.)

Ce ne peut être qu'une contradiction particulière, non générale.

5° *La crainte de récidive.* — Nous n'en avons pas trouvé d'exemple après intervention au cours de la grossesse. La chose en elle-même est rare : 0,75 0/0 (Zwibel, sur 563 cas en dehors de la grossesse). S'il est resté quelques petits noyaux ils n'ont pas causé de

troubles ultérieurs. Ce n'est donc qu'une infime probabilité ne méritant pas d'être opposée aux avantages de l'opération conservatrice.

6° *Le danger de rupture utérine.* — On peut craindre qu'après une énucléation de tumeur intramurale, surtout dans le segment inférieur, la solidité du tissu de réparation ne soit pas suffisante au moment du travail et qu'il ne se produise une rupture. Nous n'en reconnaissons pas d'exemple, bien que plusieurs fois la paroi musculaire de l'utérus ait été ouverte dans toute son épaisseur.

L'avortement survenant dans les jours qui suivent l'opération s'effectue ordinairement sans accidents. Wertheim emprunte pourtant à la pratique d'Olshausen un cas où la rupture utérine se produisit. Il ne spécifie pas quel fut le sort de la mère.

Est-ce à dire que la myomectomie doive être employée sans discernement. Loin de là ! Nous croyons avec Condamin qu'il ne s'agit pas essentiellement de « comparer la myomectomie avec l'hystérectomie. La « myomectomie a ses indications. Quand celles-ci « n'existent pas, c'est à l'ablation totale que la préfé- « rence doit être donnée. »

Comme indications absolues on peut admettre avec Basso qu'on fera l'ablation de la tumeur : quand la vie de la mère ou du fœtus est menacée, quand la tumeur est unique à limites nettes; en évitant d'y recourir, quand l'opération semble devoir être trop difficile et trop longue.

Cette dernière partie du précepte est moins claire.

Une tumeur bien pédiculée s'enlèvera sans hésitation, en dépit de la mortalité statistique, sans doute contingente. Le pronostic fatal s'aggrave avec les tumeurs sessiles. Mais il ne faut pas oublier qu'on a le choix entre la myomectomie et l'hystérectomie. On hésitera pour les fibromes sous-séreux. Pour les fibromes interstitiels l'hémostase, la séparation seront difficultueuses si la tumeur est volumineuse. C'est à chaque chirurgien d'apprécier quel temps et quelle peine lui coûtera un fibrome donné et à agir en conséquence; il devra être encouragé par l'espoir très justifié de conserver l'utérus, sinon la grossesse ; et si, en cours d'opération, les difficultés ou les risques lui paraissent insurmontables, il aura l'ultime ressource d'une hystérectomie.

Le nombre des fibromes n'est pas une contre-indication absolue, s'il ne s'agit pas de tumeurs bien grosses, ni trop multiples ; et on pourra même espérer la continuation de la grossesse.

Il n'en sera plus de même dans le cas d'ouverture de la cavité et surtout de l'œuf, bien que la première ne soit pas fatalement suivie de fausse couche.

Cet accident sera d'autant plus fréquent sans doute qu'on aura affaire à des tumeurs du segment inférieur

Dans l'impossibilité où l'on est de prévoir quels fibromes atteignent ainsi la muqueuse on ne pourra prendre une décision qu'au cours de l'intervention. Si la cavité n'est pas ouverte on ne tiendra pas compte de l'accident. Si l'on est arrivé jusqu'à l'œuf, la crainte d'infection est faible ; celle d'avortement n'aura de gravité qu'en cas de rupture impossible à

prévoir. Il sera sans doute préférable de vider l'utérus de son contenu.

Cette conduite s'impose si l'œuf a été ouvert au cours des manœuvres. Mais en aucun cas l'accident ne nous paraît ressortir à l'hystérectomie.

La myomectomie ne paraît avoir d'autres contre-indications absolues que :

1° *L'utérus à dégénérescence fibromateuse* presque complète, où la myomectomie perd tous ses droits, et une grossesse tout espoir d'être menée à bien ;

2° *Le volume démesuré* ou le *nombre trop grand* des tumeurs. On ne peut songer à faire évoluer une grossesse dans un utérus « loqueteux », cela entraînerait des résections importantes et serait même dangereux pour la mère ;

3° Peut-être *l'âge avancé* de la femme si elle ne désire pas d'enfants, ou si l'énucléation semblait la vouer presque fatalement à l'avortement ;

4° *L'infection de l'œuf* justiciable de l'hystérectomie totale, de préférence à tout autre procédé.

Quant à la mort du fœtus sans infection elle mériterait plutôt la césarienne avec myomectomie.

La nécrose du fibrome et surtout la gangrène sont de nature à faire hésiter. En cas de nécrose simple on pourrait faire l'énucléation ; on en connaît pas mal de cas heureux. La gangrène, à moins de circonstances particulières (obs. VII), nécessitera l'hystérectomie.

Jusqu'ici nous avons eu en vue la myomectomie abdominale, presque seule usitée. De la Myomectomie Transvaginale de Czerny nous n'avons pu recueillir

que quatre observations, au cours de la grossesse. La première en date est celle de Mackenrodt (1897), puis celles de Van Hasselt (1898), Condamin (1903) et enfin l'observation inédite de M. Martin (obs. XXIII).

Si cette opération est rarement pratiquée, il n'en est guère plus souvent parlé, et très théoriquement (Wertheim, Basso).

Il est certain que ses indications doivent être rares. Elle paraît surtout applicable aux fibromes de la région postérieure de l'isthme, de limites accessibles, ayant une tendance à l'incarcération, et peu de mobilité ; aux tumeurs pédiculées incarcérées (Condamin) ; plus rarement aux fibromes du fond en rétroversion, dont il est difficile de fixer les limites et qu'on reconnaîtra mieux par le ventre.

Dans le cas de Mackenrodt la tumeur était fixée par des adhérences ; enclavée dans ceux d'Hasselt et de Martin. Condamin ne dit pas ce qui l'a engagé à suivre la voie basse.

Il est difficile sur si peu de cas de baser une indication opératoire. Mais on pourra songer à ce procédé lorsqu'une tumeur repoussant fortement le cul-de-sac postérieur, semblant insérée sur le segment sus-vaginal de l'utérus, à limites assez précises, sera incarcéré et nécessitera une opération.

Il faudra aussi n'avoir pas à craindre l'existence de plusieurs tumeurs.

On aura quelquefois la chance de demeurer en dehors du péritoine.

Les grands obstacles qu'on voit à cette méthode sont :

1° *La difficulté de l'opération* et le risque d'agir aveuglément. Si l'opération fut pénible dans le cas d'Hasselt (et vu la situation de la tumeur, elle l'eût été plus peut-être par l'abdomen) et causa une forte hémorragie, elle a été facile pour MM. Martin et Condamin. Quant à Mackenrodt, tout en ayant la sensation que l'opération abdominale eût été plus facile, il n'a pas trouvé de grandes difficultés.

2° *Le risque d'avortement* causé par les tiraillements et l'hémorragie. Il paraît encore tout théorique, les quatre grossesses ont été à terme et pourtant Mackenrodt fut poussé à l'opération en partie par des menaces d'avortement: hémorragies, coliques, col entr'ouvert.

Cette opération mérite donc d'être mieux étudiée ; elle n'a donné que des succès et justement dans ces tumeurs sus-vaginales réputées au-dessus des ressources de la myomectomie.

Obs. XXVIII. — Mackenrodt. (Résumée d'après le compte rendu de la Soc. d'obst. et gyn. de Berlin, 12 mars 1897.)

I-pare de 38 ans; mariée depuis quatre mois; enceinte depuis trois mois quand surviennent des hémorragies, telles qu'on croit à l'avortement. Son médecin était prêt à vider l'utérus ; mais le col étant encore fermé il fit un tamponnement. Alors survinrent des douleurs et M... trouve le col perméable à un doigt. Il y avait hémorragie profuse. On constate un myome siégeant à la face postérieure sur la partie la plus reculée du col, gros comme le poing, immobile.

L'énucléation par colpotomie postérieure ne fut pas très difficile ; on sutura les différents plans.

Guérison facile : Le col est refermé. Dix semaines après, la grossesse évoluait sans troubles.

Obs. XXIX (*résumée*). — Van Hasselt (*Bullet. Soc. belge de gyn.et d'obst.*, 1898).

Pluripare de 38 ans, au troisième mois de la grossesse. Douleurs violentes dans le bas ventre. Constipation habituelle, miction fréquente. Ventre très développé, douloureux à la pression. Utérus de volume normal pour l'époque, refoulé contre le pubis par une tumeur dure, du volume du poing. Vessie distendue et s'élevant au-dessus de l'ombilic.

L'ayant vidée on reconnaît un fibromyome de la paroi postérieure de l'utérus, en voie d'accroissement.

« Étant donnée la situation de la tumeur enclavée en quelque sorte dans la concavité du sacrum et désirant éviter un avortement je choisis la voie basse pour intervenir. »

Abaissement de l'utérus ; incision du Douglas ; dissection d'un tissu fibreux abondant et durci, riche en artérioles, jusqu'à la coque de la tumeur qu'on dissèque facilement en arrière et latéralement, mais qu'en avant un tissu très résistant reliait à l'utérus. Énucléation d'un fibrome (10 × 8 centim.).

Abondante hémorragie en nappe dans la poche vacante. Pas de ligatures. Irrigations chaudes et tamponnement qu'on laisse en place. Tamponnement du vagin.

Pouls petit, filiforme : injections de sérum artificiel.

Évolution normale de la grossesse. Délivrance à terme.

La tumeur était un fibromyome, primitivement enclavé dans la paroi utérine, qui dans son développement s'est évadé vers le paramétrium. Pendant l'intervention on est complètement resté en dehors du péritoine.

Obs. XXX (*résumée*).— Condamin (*Lyon Méd.*, 1903).

Femme de 33 ans. Fausse couche de deux mois, il y a huit ans.

Réglée régulièrement, mais une semaine chaque fois.

Dernières règles, il y a deux mois et demi.

Douleurs dans le ventre, surtout à gauche, et les reins.

Constipation habituelle.

Abdomen gros ; grosse masse médiane. Au toucher col mou ; cul-de-sac gauche douloureux ; utérus volumineux ; derrière lui une grosse masse qui lui est adhérente et en suit les mouvements.

Pigmentation des seins, de la vulve. Grossesse de deux mois et demi, compliquée de fibrome.

Opération.—9 avril1 900. Ouverture du cul-de-sac postérieur: on attire un gros fibrome sous-péritonéal pédiculé à la face postérieure de l'utérus. Ligature du pédicule. Section. La tumeur a le volume de deux poings.

Guérison. — Accouchement normal, à terme.

C. — L'hystérectomie

C'est l'ablation de l'utérus qui a été jusqu'ici le procédé le plus généralement appliqué aux troubles graves des grossesses fibromateuses.

C'est elle qui par sa brutalité a en partie rendu suspect aux accoucheurs le traitement chirurgical.

Elle a pourtant réalisé des progrès :

En 1901 Thumim présentait la statistique suivante :

Hystérectomie sub-totale, 89 cas, 10 cas de mort (1 de pneumonie), 11,23 0/0.

Hystérectomie totale, 56 cas, 5 cas de mort, 8,32 0/0.

En 1904, Basso sur 138 cas d'hystérectomie sub-totale pour fibrome et grossesse donne une mortalité de 9,42 0/0.

Le chiffre reste supérieur à celui des opérations sur utérus non gravides. Faut-il voir là un effet de la gravité des accidents qui ont pu motiver l'ablation de la matrice ?

Mais presque tous les opérateurs sont d'accord pour en reconnaître la facilité.

Nous avons déjà débattu les avantages respectifs de la myomectomie et de l'hystérectomie. Les seuls cas où celle-ci paraisse s'imposer sont :

Le nombre ou le volume exagéré des tumeurs ; la dégénérescence fibromateuse ; l'infection de l'œuf ou de la tumeur.

Voici un utérus bourré de fibromes, de telle sorte que l'organe lui-même est noyé dans la masse, rejeté excentriquement. On ne saurait songer à se livrer à une énucléation puis à une réfection de la paroi utérine.

L'hystérectomie est ici nécessaire (obs. V). Elle l'est encore, et sera totale, dans les cas d'infection grave,

où l'imminence de mort pour la femme prime toute considération.

En face d'un fibrome nécrosé, même gangrené, la conduite variera selon le degré de gangrène et le plus ou moins d'intensité des rapports entre la tumeur et l'utérus.

D'une façon générale on sera plus enclin à l'hystérectomie si la femme est très âgée et déjà mère.

Quant à savoir si l'hystérectomie sera totale ou subtotale la question est en suspens. Le plupart des statistiques concernant l'opération au cours de la grossesse semblent devoir faire préférer la totale. Pourtant les observations témoignent que c'est plutôt la sub-totale qui a la faveur des chirurgiens.

La mortalité moindre, le risque, si aléatoire soit-il, de dégénérescence maligne du moignon, la plus grande sécurité quand on intervient pour gangrène ou infection, sont de nature à faire pencher la balance vers l'hystérectomie totale ; et c'est à elle qu'eut recours M. Ch. Martin dans un cas (obs. V) où il ne pouvait faire la myomectomie. Dans le cas où le fibrome a envahi le col il n'y a plus d'alternative.

Quant à l'hystérectomie vaginale on ne conçoit pas bien à quels cas on pourrait l'appliquer commodément, si l'on ne fait l'ablation de l'utérus qu'au cas de grosse tumeur. Elle ne conviendrait qu'aux utérus infectés.

Tout ceci concerne la grande généralité des cas, ceux où l'intervention s'impose avant le septième mois. Mais après cette date on peut se demander si la viabilité du fœtus ne réclame pas une conduite particulière.

L'accouchement provoqué reste condamné. La myomectomie donne des chances, encore mal calculées, de prolonger la grossesse jusqu'au terme ; en revanche elle expose à la mort du fœtus par hémorragie, à l'ouverture de l'œuf, à la rupture particulièrement s'il s'agit de tumeur du segment inférieur.

La césarienne simple, très bénigne, n'est qu'un palliatif et non une véritable solution.

Les interventions radicales comprennent le Porro et les hystérectomies totale et sub-totale avec ou sans césarienne préalable. La bénignité mal établie du Porro le condamne (Boursier 1901, 8 0/0 ; Basso 1904, 22, 32 0/0 de mortalité).

L'hystérectomie sub-totale et surtout l'hystérectomie totale donnent de meilleurs chiffres. Le souci d'assurer la vie de l'enfant doit les faire précéder de la césarienne L'opération ainsi menée a donné à Thumim la mortalité suivante :

Hystérectomie sus-vaginale, 12, 24 0 0. Hystérectomie totale, 7 0/0 (sur 14 cas seulement).

A Basso, 17, 64 0/0 pour l'hystérectomie totale.

Ces chiffres concernent il est vrai l'opération à terme. Il n'y a pas eu de statistique faite pour les cas opérés du septième au neuvième mois.

Douze cas d'hystérectomie totale avec césarienne, faite au terme ou avant, consignés dans le traité de de M. Pozzi, et postérieurs à 1892, donnent une mortalité assez élevée de 16,66 0/0.

Le mieux peut-être, le plus logique assurément, serait de faire une césarienne suivie de myomectomie, lors-

que après avoir patienté dans la limite du possible, on doit intervenir. Basso a réuni dix-neuf cas de cette opération, avec deux morts seulement (cas de Gibb et de Pasquali).

Sur neuf de ces cas, cités par Thumim, on a eu neuf fois un enfant vivant ; le même auteur sur quarante-neuf cas de césarienne suivie d'hystérectomie a rencontré neuf fois la mort de l'enfant. (Ces chiffres concernent toujours l'opération faite près du terme.)

Il serait encore nécessaire d'étudier au point de vue de la mortalité maternelle la valeur comparée de l'hystérectomie et de la césarienne avec myomectomie. Si la différence n'était pas sensible, cette dernière devrait rallier tous les suffrages.

Tels sont les moyens éprouvés dont le chirurgien dispose pendant la grossesse, et, chemin faisant, on a vu quelle application on en peut faire aux fibromes abdominaux et pelviens.

Pour les tumeurs de la « partie vaginale » on n'aura que rarement besoin de recourir à l'hystérectomie ; ou alors le fibrome dépassant largement les limites de cette portion vaginale sera déjà un fibrome pelvien.

On ne saurait prévoir tous les cas de « l'histoire anecdotique » des fibromes. On pourra quelquefois être amené à des opérations absolument atypiques, telle celle que Séeligmann entreprit pour un gros fibrome sous-muqueux.

Obs. XXXI (*en partie résumée*). — Seeligmann (*Centrabl. für gyn. 1902*).

Extraction par les voies naturelles d'un gros fibrome sous muqueux au deuxième mois d'une grossesse. Accouchement à terme.

Femme de 34 ans, ayant eu déjà trois accouchements et trois avortements, à qui elle ne saurait assigner de cause.

Dernières règles en mai ; en juin écoulement sanguin atypique, qui la fait consulter en juillet.

Le volume du ventre est alors celui d'une grossesse de trois ou quatre mois.

Un mois plus tard elle est obligée de s'aliter avec douleurs vives et hémorragie formidable. Le col est ouvert, comme une pièce de 3 marks et laisse sentir le pôle inférieur d'un gros fibrome sous-muqueux, dur, faisant une légère saillie. (La veille encore le col était fermé.)

Malgré un tamponnement serré, l'hémorragie continue et l'on doit faire la transfusion saline pour soutenir la femme.

Après *cinq jours de tamponnement*, apyrétiques, on intervient (commencement d'août).

« Le col étant encore plus largement ouvert, je renonçai à inciser l'utérus et entrepris de morceler peu à peu cette tumeur jusqu'à ce que je puisse atteindre son insertion sur la paroi postérieure. » Extirpation de la tumeur qui s'étendait presque jusqu'au fond de l'utérus (celui-ci dépassait l'ombilic). L'hémostase fut assurée par un tamponnement iodoformé très serré.

Ce tampon fut enlevé le sixième jour, ce qui amena la première élévation de température (38°).

Trois semaines après la femme sort guérie.

Le 2 mars 1902 elle accouche à terme et spontanément, après trente-six heures de travail, d'un enfant vivant.

Et S... conclut : « S'il est possible de morceler un « myome *gros comme une tête d'enfant*, sous-muqueux, « largement implanté dans la paroi utérine, de tam- « ponner cinq jours la cavité, sans interrompre la gros- « sesse coexistante, peut-on douter de la possibilité « d'une énucléation abdominale de myome sous-sé- « reux. »

En résumé et classant les fibromes utérins selon leurs particularités anatomiques :

1° Les fibromes limités à la portion vaginale du col seront excisés ou énucléés par voie vaginale (ch. II) ;

2° Les fibromes limités à l'isthme ou à la portion sus-vagine pourront, dans certains cas, être énucléés par colpotomie postérieure. Si l'on a des doutes on préférera la voie abdominale. S'ils sont mal limités, énormes, multiples, d'énucléation dangereuse on fera l'hystérectomie ;

3° La myomectomie abdominale conviendra à presque tous les fibromes du corps de nombre et de volume raisonnable ; sinon on ferait l'hystérectomie, totale de préférence. Celle-ci est de nécessité en cas d'accidents infectieux.

OBSERVATIONS CITÉES AU COURS DE CE TRAVAIL

Obs. XXXII (*inédite*). — Dr Ch. Martin.

Grossesse ectopique et fibrome utérin. Hystérectomie subtotale. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, multipare, qui présenta, quatre ou cinq fois dans l'espace de trois mois, des accidents simulant des coliques néphrétiques ou appendiculaires. Pendant ce temps les règles n'apparurent pas, et il se montra de vagues symptômes de grossesse. Au toucher l'utérus était gros, de forme irrégulière avec une corne gauche énorme; dans le cul-de-sac de Douglas on sentait une tumeur juxta-utérine, douloureuse, du volume du poing.

Le diagnostic porté fut celui d'*utérus fibromateux avec grossesse.*

Ceci se passait au mois de mars 1906. En avril nouvelle crise beaucoup plus grave, avec douleurs intenses, signes de réaction péritonéale, pouls petit.

Je vois à ce moment la malade et fais le diagnostic de : *Grossesse extra-utérine rompue avec utérus fibromateux.*

Laparotomie le 10 avril 1906.

On trouve une grossesse tubaire gauche de trois mois à peu près avec rupture de la poche, et hémorragie d'environ 200 grammes de sang noir avec caillots. Utérus très fibromateux.

Ablation du kyste fœtal, suivie d'hystérectomie.

Réunion per primam, sans drainage.

Guérison.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES OU TRADUITES

Obs. XXXIII (*résumée*). — Baecker. *Centrabl. für gyn.*, 1902, Obs. II.

Femme de 28 ans, nullipare, mariée depuis un an. Dernières règles commencement de mars. Depuis ce temps accroissement rapide de l'abdomen. Depuis deux semaines coliques, douleurs dans l'hypogastre droit. Considérable gêne de la respiration.

Le 31 août. — Tumeur de la partie gauche de l'abdomen grosse comme deux têtes d'homme, fluctuante. Utérus à gauche, gros comme une tête d'homme. Cul-de-sac vaginal gauche occupé par la tumeur. Col très élevé à peine accessible.

Diagnostic. — Grossesse de cinq à six mois. Kystome intra-ligamentaire de l'ovaire gauche. Intervention commandée par le considérable volume et la gêne respiratoire.

10 *septembre* 1900. — Hystérectomie sus-vaginale. Gros fibromyome utérin de la paroi gauche, ramolli par l'œdème. Par suite de son poids, il est tombé dans le petit bassin, et par le mécanisme d'un levier à deux bras, a déterminé l'ascension de l'utérus.

Guérison.

Obs. XXXIV (*Résumée*). — Doléris in Thèse de Turner.

40 ans. Porte depuis 1895 sur la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus une tumeur du volume d'une noix de coco, qui au moment des règles fait saillie sous la paroi abdominale et cause d'assez vives douleurs.

La tumeur progresse lentement, sans troubles, malgré une

vie active. En 1898, aménorrhée coïncidant avec anémie; puis menstruation plus aqueuse.

Dernières règles, très discrètes, en octobre 1898. Puis légers troubles de grossesse du côté de l'appareil digestif. Le ventre se développe *très rapidement* sans douleurs; au point, dit-elle, de doubler de volume en deux mois et demi. Ce phénomène et un œdème considérable des jambes la fait entrer à l'hôpital (13 mars 1899).

Ventre du volume d'une grossesse à terme ; membres inférieurs très œdématiés. Dans les reins et les cuisses, douleurs assez vives pour causer de l'insomnie. Le soir oppression assez vive. La tumeur est à six travers de doigts de l'ombilic; l'excavation emplie par une masse dure ; souffle cardiaque systolique. Œdème des bases pulmonaires. Urine légèrement albumineuse. Facies jaune pâle, amaigri.

Le diagnostic est hésitant entre fibro-sarcome et fibrome gravidique.

Après quinze jours d'observation l'état a empiré. Du 3 au 4 avril hémorragie et le 5, expulsion d'un fœtus de quatre à cinq mois. On ne peut extraire le placenta.

Les jours suivants : dyspnée, albuminurie, obstruction, vomissements. Pouls : 120. Température ne dépassant pas 37° 2. Lochies non fétides. Mort le 12.

On trouve un fibrome de 6 kilos 600, surtout abdominal. La vessie est déformée et adhérente ; l'utérus soulève l'uretère droit, comprime l'S iliaque. La tumeur, légèrement œdémateuse était un fibromyome pur.

Observation XXXV (*résumée*). — Delagenière. (*Arch. Prov. Ch.*, 1900. obs. III.)

36 ans. Mariée à 35 ans ; n'a pas vu ses règles depuis fin octobre 1898. Accroissement de volume des seins. Au bout d'un mois, constipation combattue par de grands lavements. Une tumeur à développement rapide apparaît alors.

L'état général semble assez bon. Pas de lésions au cœur et aux poumons. Urine 1.160 centimètres cubes (19 gr. 40 d'urée). Mauvaise circulation de la face et des mains (plaques rouges) quelques intermittences du pouls. Langue mauvaise, constipation, température toujours supérieure à 37° de quelques dixièmes.

A droite du ventre, tumeur dure, arrondie, paraissant grosse comme le poing, développée sur le fond et l'angle droit de l'utérus.

31 *janvier* 1899. — Enucléation d'un fibrome du volume d'une tête fœtale (875 gr.) La brèche atteint presque la muqueuse sous laquelle on sent l'œuf. Très peu de sang.

Le soir elle commence à vomir. Langue sèche. Une selle. Rien du côté du péritoine.

Les mouvements continuent jusqu'à la fin. Le pouls devient intermittent. La température reste au-dessous de 38°. La mort survient le huitième jour, sans réaction utérine ni péritonéale : malgré une ponction de l'œuf.

Obs. XXXIV (*résumée*). — Pinard, in *Thèse* Méheut, n° 410, 1899.

44 ans, VIII pare. Grossesse de six mois. Albuminurie, dyspnée, troubles graves d'hépatotoxémie, thérapeutique. Mort le neuvième jour d'accidents pulmonaires.

Sur les sept grossesses précédentes deux avortements ; la dernière, à terme.

Obs. XXXVII (*résumée*). — Thorn. *Münch med. Woch.*, 1905.

38 ans, VI-pare. Dernier accouchement pénible.

Dit être en travail depuis six jours (?). Fièvre élevée, pouls galopant. Abdomen ballonné, très sensible à la pression. Pas de bruits cardiaques fœtaux. Tête à gauche, vraisemblablement hors de l'utérus. A droite on sent le myome. De l'utérus sort un liquide infect.

Dilatation manuelle. Extraction facile d'un myome nécrosé, puis de l'œuf. On constate une déchirure de la paroi gauche, en bas, donnant issue aux intestins. Lavage au lysol de l'utérus et de l'intestin. Tamponnement.

La femme guérit contre toute attente. On dut seulement inciser plus tard une collection séreuse du Douglas. Utérus normal.

L'accouchement précédent avait nécessité une version interne et avait été suivi de troubles sérieux (météorisme). Le myome avait alors le volume d'une tête d'enfant.

Obs. XXXVIII (*résumée*). — Michin. *Centralb. für Gynak.*, 1902.

35 ans. Règles profuses, douloureuses. En mai 1901, perte sanguine qui dura huit semaines. Dernières règles : septembre.

Pendant la grossesse, dysurie. Fibrome sous-séreux gros comme un œuf d'oie, siégeant au fond ; à la face postérieure, d'autres noyaux et une masse grosse comme le poing (février 1901). La tête du fœtus se sent dans le cul-de-sac antérieur ; on entend les bruits du cœur (grossesse de 5 mois).

L'urine renferme de l'albumine, des cylindres hyalins et des éléments rénaux.

La néphrite décide à intervenir. 8 février 1901. Hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.

Sept semaines après, on ne trouvait plus que des traces d'albumine.

Obs. XXXIX. — Thorn. *M. med. Woch.*, 1905.

Torsion d'un utérus gravide, par fibrome pédiculé.

41 ans. Mariée depuis sept mois. Non réglée depuis trois mois. A dès longtemps éprouvé des douleurs dans le bas-ventre et depuis trois jours souffre de violents accidents péritonéaux.

Abdomen fortement ballonné, très sensible à la pression ; dans l'hypogastre droit, tumeur dure, sensible, remontant jusqu'à l'ombilic ; à peine mobile. Elle tient largement à l'utérus, volumineux, qui occupe son côté gauche. On ne peut les isoler.

Diagnostic. — Grossesse de trois mois; torsion du pédicule d'une tumeur de l'ovaire droit à pédicule large et court.

Laparotomie. — On trouve une tumeur violacé sombre qu s'insère sur la paroi antérieure de l'utérus gravide, tordu son axe de 90° à droite. Elle est grosse comme une tête d'enfant, en forme de rein, à pédicule large. C'est un myome.

La torsion est telle que la paroi utérine antérieure est tournée en arrière, vers la droite. Après détorsion la tumeur est *énucléée*; son lit d'implantation excisé profondément et suturé de telle sorte que les points les plus profonds pénètrent jusqu'à la muqueuse et les membranes ovulaires. Énucléation d'un second myome du fond, gros comme une prune.

Guérison sans incidents.

Le bassin de cette femme étant légèrement rétréci, elle devait venir accoucher à la Clinique. Mais un mois avant le terme surviennent des hémorragies, vraisembrablement liées à l'insertion basse du placenta et elle accouche spontanément d'un enfant récemment mort.

Bien portante depuis elle éprouve quelques douleurs à la place de la tumeur, dit-elle. Elle n'est pas redevenue enceinte.

Obs. XL. — Basso (*Arch. ital. di. gi.*, 1904).

(*Trois cas de myomectomies, avec guérison et enfant vivant.*)

Obs. 3. — I-pare de 32 ans, se découvre, au mois de mars 1900, une tumeur dans la fosse iliaque gauche qui est diagnostiquée : fibrome sous-séreux de la paroi gauche de l'utérus.

Grosse de six mois, elle entre à la Clinique le 20 septembre 1900, à cause de douleurs très vives.

Intervention 23 septembre. Sur le fond de l'utérus tourné à droite s'incère un fibrome sous-séreux, dont le grand diamètre a à peu près 18 centimètres, adhérent à la paroi. Signes de péritonite récente. Enucléation.

Guérison. — Enfant vivant, à terme. Forceps pour inertie.

Obs. 4. — I-pare de 30 ans, dernières règles septembre 1901.

Un mois avant son entrée (la grossesse avait trois mois et demi) on diagnostique un petit kyste ovarique. Le 14 juin début subit de vives douleurs abdominales, durant quatre à cinq jours. En même temps la tumeur double de volume.

Elle entre le 22 juin. On diagnostique fibrome sous-séreux et grossesse de quatre mois.

Intervention le 25. A la paroi antérieure, vers l'angle supérieur, s'insère une tumeur du volume d'une tête fœtale, résistante; à pédicule pas très gros, inséré profondément.

Excision. Guérison.

Au huitième mois se déclare une hémorragie par placenta prævia, qui nécessité la rupture des membranes. Accouchement spontané. Enfant vivant.

La femme qui présentait des troubles cardiaques, meurt d'asystolie trois mois après.

Obs 5. — I-pare de 35 ans. Stérile après douze ans de mariage.

En 1901 discision du col pour sténose.

Dès la conception accroissement rapide du ventre. Troubles abdominaux, douleurs. Grossesse d'environ quatre mois. Plusieurs tumeurs fibreuses dont une implantée sur la face postérieure est enclavée dans l'excavation et maintient l'utérus en rétroversion irréductible.

Myomectomie.

Accouchement à terme. Dystocie par rigidité du col.

Obs. XLI (*résumée*). — Bæcker (*loc. cit*).

21 ans, II pare. Avorta le 5 janvier 1900 d'un fœtus, d'environ 3 mois. Rétention placentaire. Dès la deuxième semaine : T. : 39°,2. Pouls : 110. Abdomen ballonné à sa partie inférieure. Au-dessus du pubis, tumeur grosse comme une tête d'enfant, douloureuse. Col accessible à deux doigts. On détache un mor-

ceau de placenta large comme la paume. A sa place on sent de nombreuses inégalités et débris qui se laissent facilement enlever.

Huit jours après, morceaux de membrane corrompus et flottants qu'on n'arrive pas à détacher. Femme amaigrie, pâle, cireuse. T.: 39. Pouls : 130, dépressible, presque filiforme. Abdomen ballonné. Pertes fétides. Col accessible à deux doigts. Cavité remplie de débris de tissus nécrosés, se détachant d'une tumeur très douloureuse grosse comme une tête d'enfant, siégeant surtout dans le col et la paroi droite. Extraction des débris.

Mort le 17 février de pyohémie.

Les 100 grammes de débris enlevés révélèrent un fibrome complètement nécrosé.

CONCLUSIONS

1° En dépit de l'éventualité toujours possible de menaces pour la mère et pour l'enfant, les grossesses, coexistant avec des fibromes utérins, évoluent le plus souvent normalement ; de même l'accouchement se fait ordinairement sans trop d'incidents.

2° Cependant l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse peut devenir nécessaire en certains cas, qui rentrent dans une des catégories suivantes :

Gravité des troubles de l'état général ;

Hémorragie ;

Accidents infectieux ;

Réaction péritonéale ;

Troubles mécaniques : compression, vices de position (rétroversion, torsion de pédicule).

3° Sans être interventionniste déclaré, on peut croire préférable d'agir dès l'apparition de troubles généraux

marqués, ou locaux très accentués sans attendre que la vie de la femme soit trop immédiatement menacée. De même qu'en cas de hernie étranglée ou d'occlusion intestinale (*mutatis mutandis*) on n'attendrait pas pour opérer que la mort s'annonçât à brève échéance.

4° Par leurs particularités anatomiques et physiologiques les fibromes du segment inférieur jouent un rôle spécial ; les troubles qu'ils causent ont un caractère particulier de gravité et de persistance. L'intervention serait peut-être utilement un peu plus précoce, lorsqu'ils sont cause de troubles.

5° Le rôle dystocique des fibromes, même du segment inférieur, ne permet pas d'affirmer que l'on doive admettre une intervention purement prophylactique (en dehors des cas de fibromes vaginaux); mais la crainte de cette dystocie, si elle était imminente, pourrait renforcer l'indication fournie par des trouble déclarés au cours de la grossesse.

6° La myomectomie conservatrice est l'opération de choix. Rarement applicable bénigne, elle permet assez souvent la continuation de la grossesse ; elle assure en tout cas la conservation de la « capacité maternelle » ; double avantage qui peut contribuer à étendre les indications opératoires.

Elle sera, suivant les cas, abdominale ou vaginale.

7° En dehors des cas rares justiciables de la myo-

mectomie l'hystérectomie, abdominale totale est l'opération qui a le plus grand nombre d'indications.

8° Lorsque la tumeur aura pu être tolérée jusqu'au moment de la viabilité de l'enfant, et qu'on devra alors avoir recours à une intervention, on donnera la préférence à la césarienne, suivie de myomectomie s'il s'agit d'un fibrome unique facilement et rapidement énucléable ; sinon, l'hystérectomie totale.

Vu : le Président de la thèse
POZZI

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Consultez les tableaux des Traités de Pozzi et de Winckel, articles de Thumin et de Basso. La bibliographie antérieure à 1900 est très détaillée dans Turner.

Adenot. — *Soc. d'Obst. de France*, 1897.

Aimé. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1893.

Arnould et Rousseau. — *Bullet. Soc. Anatomique*, 1906.

Bæcker. — Sechs Fælle von Fibromyoma uteri, komplicirt mit, Schwangerschaft (*Centralblatt für Gynækol.*, 1902).

Basso. — Sulla cura operativa dei fibrom d'utero in gravidanza. (*Archivio italianio di ginecologia*, 1904).

Benckiser. — *Munchener medicin. Wochenschrift*, 1899.

Bergh. — Hygeia, 1889.

Berniolle. — Les Fib. de l'Ut. sous-périton. à pédic. tordu au cours et en dehors de la gros. — *Th. Paris*, 1906, n° 276.

Berthomier. — De la nécessité d'interventionner les gros Fib. au cours de la grossesse. XIV^e^ C. français de Chir., 1901.

Bidder. — *Centralb. für Gynæk.*, 1889.

Biermer. — *Centralb. für Gynæk.*, 1897.

Boldt. — *Acad. med. New-York*, 1903 (Voy. *R. de Gynéc.*, 1904).

Boursier. — Des interv. chirurg. dans le cas de dystocie par fibromes (*Congrès de gyn. et obst.*, Nantes, 1901).

Brindeau. — *Soc. d'obst. de France*, 1905. *Bulletin Médical*, 1906.

Chabbazian. — Des fibr. du col. de l'utér. au point de vue de la gross. etc. *Th. Paris*, 1882.

Charles. — *Journal d'Accouchem.* Liège, 1898.

Cheney. — *American Journal of obst.*, 1896.

Chéron. — *Soc. d'obst. de France*, 1901.

Clivio. — *Arte ostetrica*, 1901.

Coe. — *American gyn. and obst. Soc.* New-York, 1897. Pregnancy and fibroïds tumors. *Medical News. New-York*, 1898.

Condamin. — *Lyon Médical*, 1903. *Soc. ch. Lyon* (même date).

Cordemans. — *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et obst.*, 1898.

Cornil. — Sur les altérations anat. des fibromes pendant la grossesse (*Ann. de gyn. et obst.*, 1893).

Cottin. — *Soc. de chirurgie*, 1902.

Croom. — *Edimburg medical Journal* 1892.

Cullen. — *Canada Lancet*, 1903.

Dartigues. — Chirurgie conservatrice... dans le traitement des fibromes. Paris, 1901.

Delagenière. — *Arch. provinc. de chirurgie*, 1895, *ibid.*, 1900. *Soc. d'obst. gyn. et pédiatrie*, 1900. Congrès de G. O. et P. Nantes, 1901.

Delbet. — *Arch. génér. de Méd.* 1892. Tome I.
Soc. chir. avril 1902.

Demons. — *Revue de chirurgie*, 1898.

Doléris. — *Arch. de Tocologie*, 1883.
— *La gynécologie*, février 1900.
— *Soc. d'O. G. et P.* (juin 1901. mai 1905).

Downes. — *Americ. gyn. and. obst. Journ.* 1898 (Myomectomy during fregnancy).

Drouart. — De l'Hystérectomie abdom. totale pendant la grossesse, etc. *Th. Nancy.* 1900, n° 219.

Duncan-Emmet. — *Semaine gynécologique*, 1901.

Everke. — *Centralb. für gynækol.* 1894.

Fabre. — *Lyon Médical*, 1905.

Fargas. — Congrès Int. d'obst. et gyn. Amsterdam, 1899.

Fawell. — *British medical Journal*, 1892.
North of England obst. and. gyn. Soc., 1905.

Ferendinos. — Sur l'énucléation des fibromes utér. par voie abdom. *Th. Paris*, 1900, n° 273.

Fieux. — *Bulletin Médical*, 1897.

Finet. — *Soc. Anatomique*, 1898.

Flaischlen. — *Centralb. für gyn.*, 1892.

Frank. — *Monatschrift für Geburtshilfe und gynækologie*, Mars 1903 (Tome XVII).

Freund. — Myoma und graviditaet (Aerzte Verein in Strasburg 1905).

Frommel. — Ein Fall von myomotomie in der graviditaet. (*Verhandlung der Gesellschaft fürgy naek.* Leipzig, 1891.)
— *Munchener medicin. Wochensch.*, 1893.

Greene-Custon. — *Amer. gyn. and obst. Journal.*, 1901.

Grosse. — Des indicat. de l'interv. chirurgicale dans les grossesses compliq. de fibromes. *Th. Paris*, 1902, n° 382.

Guinard. — VII[e] Cong. Français de chirurgie, 1893.

Gutierrez. — *Rev. de gyn. et chirurgie abdom.*, 1898.

Hasselt (Van). — *Bulletin Soc. belge de gyn. et obst.*, 1898.

Hofmeier. — Congrès international de méd. Paris, 1909. C. de G. O. P. Nantes, 1901. *Zeitschrift für geburt. und gyn.*, 1894.

Jacobs. — *Semaine gynécol.*, 1901 et 1902.

Keiffer. — *Gazette de gynécol.*, 1897.

Kufferath. — *Bul. Soc. belge de gyn. et obst.*, 1896.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gyn. médico chirurg., 1901.

Lanelongue. — *Journal de méd. de Bordeaux.*, 1892.

La Torre. — Congrès intern. Paris, 1900.

Lea. — *Obst. soc. of. London*, janvier 1905.

Lefour. — Les fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouch. *Th. agrég.*, 1882.

Legrand. — Soc. chirurgie, octobre 1905.
Leopold. — *American Journal of Obst.*, 1895.
Lepage. — *Soc. d'O. G. et P.*, juillet 1901, octobre 1903.
Leprévost. — Dystocie fibreuse. (*Annales méd. de Caen*, 1906.
Lohleïn. — *Deutsche medicin. Wochensch.*, 1893, tome XIV.
Lucas. — *Thèse Paris*, 1899-1900.
Mackenrodt. — *Centrabl. für gyn.*, 1893.
— *Zeitschrif, für geb. und gyn.*, 1894, t. XXXI, 1897, t. XXXVII.
Martin (A.) (Berlin). — *Berliner Klin. Wochensch.*, 1886, *Centrabl. für. gyn.*, 1897.
Martin (A.) (Rouen). — *Normandie Médicale*, 1897.
— Congrès Paris, 1900.
— Congrès Nantes, 1901.
Martin (Ch). — *Bull. soc. de méd. Angers*, 1903, 1905.
Maygrier. — Leçons de clin. obst., 1893.
— Traité des accouch. (Tarnier-Budin), tome III, 1898.
Mayo-Robson. — *Bristish med. Journal.*, nov. 1899.
Méheut. — Contrib. à l'étude des fibromes gravidiques. *Th Paris*, 1902, n° 190.
Michin. — *Centrabl. für gyn.*, 1902.
Monod. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897.
Monprofit. — *Revue de gynécol.*, 1895, 1899. Congrès Nantes, 1901.
Morestin. — *Bull. Soc. Anatom.*, nov. 1900.
Murphy. — *Internat. médic. Magazine* (Philadelphie, 1896).
Olshausen. — In « Veit's Handbuch des gynækol. », 1897.
O'Shea. — *Boston med. and surg. Journal*, 1899.
Pagenstecher. — *Centralb. für gyn.*, 1900.
Pasquali. — Fibromi e gravidanza (*Atti della Soc. ital di ost. e ginecol.* Rome, 1897).
Pestalozza. — Fibromi d'uteri e grandanza. Pavie, 1890.
Petersen. — *Monatsch. für geb. und gyn.*, 1893.
Piqué. — *Bull. Soc. chirurgie*, 1893.
Pinard. — *Ann. de gny.*, 1897.
— *Soc. O. G. et P.*, 1901, juin et juillet.
— Congrès de Nantes, 1901.

Poitevin de Fontguyon. — Hystérect. abdom. totale pour fibromes compliqués de grossesses. *Th. Bordeaux*, 1898-1899, n° 42.

Pollosson. — *Soc. d'obst. de France*, avril 1896.

Porter. — Management of fibromyom. complicated by pregnancy (*Ann. of. gyn. and ped. Boston*, 1902).

S. Pozzi. — *Gazette méd. de Paris*, 1890.

— *Soc. d'O. G. et P.*, octobre 1903 et mars 1906.

— Traite de gynécol., 1905.

Pujol. — *Th. Montpellier*, 1896.

Purefoy Carton et Lloyd. — *Dublin Jour. of. med. Sciences*, mars 1901.

Quénu. — *Soc. ch.*, avril 1902.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obst.

Richelot. — *Soc. O. G. et P.*, juin-juillet 1901.

— Chirurgie de l'Utérus, 1902.

Routier. — *Soc. O. G. et P.*, octobre 1901. *Soc. de Chirurgie*, avril 1902.

Russels Andrews. — *Obst. Soc. of Lond.*, janv. 1905.

Schulein. — *Zeitschrift für Geb. und Gynak.*, 1900.

Schwartz. — *Soc. O. G. et P.*, 1901.

Schwartz et Hepp. — Traité de Chirurgie de Le Dentu-Delbet.

Selligmann. — *Centralb. für gynak.* 1902.

Segond. — Congrès Nantes, 1901.

Séguineau. — *Th. Lyon*, 1897.

Smith. — *Montreal med. Journal*, 1898.

Solowieff. — *Ann. d'Obst. et de Gyn.*, 1899.

Spencer. — *Obst. Soc. of Lond.*, mars 1904.

Spinelli. — *Archivio italian. di gynecol.*, 1899.

Stavely. — *New-York Journal gyn. and. obst.*, 1894.

Strauch. — *Volkmann's Sammlung Klin. Vortraege*, 1900.

Taylor. — *Amor. gyn. and pediat.* Journ. 1892-93.

— *Transact. of Obs. Soc.*, Lond. 1905.

— *Journal of obst. and gyn. of Brit. Empire*, juin 1906

Thompson. — *Journal d'Obst. et Gyn.*, 1897.

Thorn. — *Munchn. medicin Wochensch.*, août 1905.

Thumin. — *Archiv. für Gynækol.*, 1901, tome LXIV.

Tibone. — Congrès de Rome, 1894.
Tissier. — *Bullet Soc. d'Obst.*, 1898.
Tixier. — *Lyon Medical*, 1905 et 1906.
Treub. — *Arch. de tocologie et de gyn.*, 1894.
Tuffier. — Congrès intern. Paris, 1900.
— et de Rouville. — Congrès de Lisbonne 1905.
Tull. — *Amer. gyn. and. obst. Journal*, 1899.
Turner. — *Thèse Paris*, 1900.
Valenta von Marchturm. — *Wiener Klin. Wochensch.*, 1897.
Varnier. — *Soc. O. G et P.*, mai 1901.
— et Delbet. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897.
Vautrin. — Cong. franç. de Chirurgie, 1893.
Verhœve. — *Ann. Soc. belge de chir.*, 1901.
Wallace. — *Brit med. Journal*, 1898, tome I.
Wertheim. — In « Winckel-Handbuch der Geburts. » 1904, tome II.
West. — Pregnancy following myomectomy (*Medical Record*, New-York, 1901).
Winter. — *Zeitschrift für Geb. und gyn.* L. I, tome I.
Youranowsky. — *Gaz. Hebd.*, 1899.
Zaborowski. — Quelques cas d'ablation de fib. utér. pendant la grossesse. *Th. Paris*, 1891, n° 232.
Zwibel. — Traitem. des Fibromes utér. par l'énucléation abdominale. *Th. Paris*, 1900, n° 447.

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.